Rok XXVII. Kraków, 7 Stycznia 1888. Nr. 1.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam. 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórorzędném rdzenia pacierzowego.

Na podstawie własnych badań

Skreślił

Prof. Adamkiewicz.

WSTĘP.

Obecne poglądy na rodzaje zwyrodnienia rdzenia. O dawniejszych i nowszych metodach badania tkanki rdzenia pacierzowego.

Sprawy chorobowe, toczące się w rdzeniu pacierzowym i niszczące go w swym długotrwałym i wlokącym się przebiegu, dzielimy obecnie na cztery tak pod względem anatomicznym jak i klinicznym między sobą różniące się formy. Cztery te formy są: uwiąd rdzenia pacierzowego, degeneracyja wtórorzędna, zwyrodnienie skombinowane i skleroza ogniskowa. Te cztery formy dzielą się jeszcze między sobą na dwie grupy według natury przypuszczalnéj sprawy patologicznéj. Jedna z tych grup składa się z uwiądu rdzenia pacierzowego, z degeneracyi wtórorzędnéj i zwyrodnienia skombinowanego, podczas gdy skleroza ogniskowa rozsiana ze swemi, jak dotychczas uczą, jéj tylko właściwemi zmianami ma tworzyć grupę drugą.

Cechą trzech pierwszych chorób jest, że zajmują zawsze tylko pewne oznaczone części rdzenia pacierzowego a szczególnie istoty białéj. Części te przebiegają wzdłuż osi rdzenia na długich przestrzeniach w jednéj ciągłości i niczém nieprzerwane. Na cięciach poprzecznych rdzenia okazują one zwłaszcza w przypadkach klasycznych, charakterystyczne formy i ostre kontury. Tak przedstawiają się one jako sznury mające szczególny przekrój poprzeczny i właściwe im położenie wśród reszty istoty rdzeniowéj. Obydwie połowy rdzenia pacierzowego posiadają dokładnie odpowiadające sobie odcinki. A ponieważ w największéj liczbie przypadków identyczne odcinki obydwóch połówek równocześnie ulegają zmianom chorobowym, więc jako cechę dopiero co opisanych chorób uważać można jeszcze obustronną symetryję ich ognisk, nadającą im charakter zupełnego prawidła.

Przeciwnie w stwardnieniu ogniskowém uderza brak wszelkiéj reguły i prawidła. Zajmuje ono jużto mózg sam, jużto mózg i rdzeń pacierzowy i prowadzi w miejscach swego rozwoju do wytworzenia się małych ograniczonych i nieregularnych ognisk, niszcząc w zajętym obszarze istotę nerwową.

Większa część nerwów przebiegających przez rdzeń pacierzowy tworzy t. z. systemy, t. j. grupy nerwów, które jak wykazuje ich wspólny przebieg i wspólny rozwój embryjonalny, z pewnością także pod względem funkcyi do siebie należą. I te systemy także posiadają charakterystycznego kształtu przekrój i ściśle oznaczone położenie wewnątrz rdzenia pacierzowego.

Ponieważ zaś choroby pierwszéj grupy nietylko w ogólnym zarysie lecz także po większéj części w przekroju i położeniu z chorobami systemów mniéj lub więcéj się zgadzają, ponieważ daléj swoistą jest właściwością włókien nerwowych w pewnych warunkach zachorować na wielkiéj przestrzeni wzdłuż rdzenia, uważano więc choroby pierwszéj grupy, mianowicie zanik rdzenia pacierzowego, zwyrodnienie wtórorzędne i zwyrodnienie skombinowane, jako choroby rdzenia pacierzowego z nerwów wychodzące i określono t. z. pasmowe zwyrodnienia nazwą „chorób systemów“. Co się tyczy stwardnienia ogniskowego, to było już z góry pewném, że nie stoi ono do nerwów rdzeniowych, według pewnéj zasady ułożonych, w żadnym ściślejszym związku przyczynowym. Tutaj trzeba było przypuścić jakąś sprawę chorobową, która zająwszy raz tkankę nerwową, toczyła się na rozmaitych miejscach równocześnie i z równym wynikiem, t. j. że przez swe produkty wreszcie tkankę nerwową zniszczyła.

Pierwszém, o czém można było myśleć przy tém, był zwykły proces zapalny. A że ten z samą tkanką nerwową nie ma nic wspólnego, musiał zatém wziąć swój początek od

tkanki śródmiąższowéj. W ten sposób powstało określenie dla stwardnienia ogniskowego rozsianego, że jestto proces zapalny śródmiąższowy, toczący się w małych ograniczonych ogniskach i prowadzący przez rozwój tkanki łącznéj do zaniku istoty nerwowéj.

To w krótkości naszkicowane pojęcie o przyrodzie przewlekłych chorób rdzenia uzyskano metodami badania tkanki nerwowéj, które w stosunku do prac nowszych niedokładnemi nazwać wypada.

Dawniéj bowiem używane metody barwienia za pomocą karminu i hematoksyliny uwidoczniały tylko jądra i włókna osiowe w tkance nerwowéj, nie dawały jednak żadnego pojęcia o zachowaniu się najważniejszéj części składowéj nerwów, t. j. o istocie rdzennéj, co jak pouczają znane procesy zwyrodnienia przedewszystkiém zajmuje uwagę badacza.

Z tego więc powodu dużo bardzo niedostaje wynikom uzyskanym przez dawne metody badania.

I nie wytrzymuje także krytyki zapatrywanie, że wnioski o chorobach chronicznych rdzenia na tych wynikach oparte są niezachwiane.

Do dziś dnia posiadamy dwie metody, które mogą wypełnić luki pozostałe po sposobach barwienia dawniéj w użyciu będących: barwienie tkanki nerwowéj za pomocą hematoksyliny według Weigerta [1]) i barwienie safraniną przezemnie podane [2]). Pierwsza metoda polega na tém, że istotę rdzenną, a w szczególności pewne jéj koncentryczne warstwy, barwi na czarno. Nie barwiąc przytém wcale innych elementów tkanki nerwowéj, pozwala czarno zabarwione włókna nerwowe wśród tła żółtawego z wielką precyzyją i nadzwyczajną pewnością śledzić w ich przebiegu. W ten sposób spełnia zadanie, które należy do histologii fizyjologicznéj. Od badania zaś tkanki patologicznéj musimy w pierwszym rzędzie wymagać wyjaśnienia, czy dany nerw w ogóle jest zdrowym lub chorym, jaka jest istota patologicznego procesu, który się w nim toczy i jaki udział obok nerwu samego biorą także inne elementy tkanki chorobą dotkniętéj.

O tém wszystkiém podaje metoda Weigerta tylko bardzo niedostateczne daty. Ona wykazuje wprawdzie wybitny zanik istoty rdzennéj. Ten jednak, jakto inna metoda wykaże, stanowi tylko cząstkę tych zmian, które się w istocie nerwowéj odbywają. I w tym kierunku przedstawia jeszcze ten brak, że istotę rdzenną wybitnie chorą tak samo barwi jak zupełnie zdrową i w ten sposób zakrywa właśnie istnienie procesu chorobowego w osłonce rdzennéj.

Zupełnie inaczéj przedstawia się metoda barwienia safraniną, która daje zupełną i nadzwyczaj jasną histologiczną analizę wszystkich elementów tkankowych, z których składa się tkanka nerwowa. Nadto rozkłada ona jeszcze w szczególności osłonkę rdzenną na różnorodne części składowe i wykazuje przez rozmaite odcienia zabarwienia, czy one są zdrowe czy schorzałe i w jaki sposób biorą udział w chorobie. Nie bez znaczenia jest także ta okoliczność, że technika mojéj metody w porównaniu z zawiłą i kapryśną metodą hematoksylinową co do swéj prostoty w użyciu nic nie pozostawia do życzenia i że piękność zabarwienia safraniną, które przedstawia mięszaninę żółtéj, względnie pomarańczowéj, czerwonéj i fijoletowéj barwy, na badające oko przyjemne sprawia wrażenie, podczas gdy zabarwienie hematoksyliną swą monotonnością czarnéj barwy działa z czasem bardzo nużąco. Jednę tylko niedogodność przedstawiają preparaty safraninowe, jednak taką, którą jeżeli się ma przed oczami, właściwy cel barwienia trzeba uważać za podrzędnéj natury. Preparaty safraninowe są w ogóle nie bardzo trwałe i tracą z czasem pewną część téj ostrości, piękności i dystynkcyi, która w świeżych preparatach właśnie zachwyca.

Zanim przejdę do skreślenia rezultatów, które dało się osiągnąć za pomocą safraniny przy badaniu najważniejszych form chronicznych chorób rdzenia pacierzowego chciałbym jeszcze opisać w krótkości używaną przezemnie metodę barwienia, aby uzupełnić przez nowsze spostrzeżenia dawniéj podane daty.

Do barwienia safraniną najlepiéj przygotowuje się tkankę nerwową przez stwardnienie jéj w rozczynie przez Müllera podanym. Skrawki same opłukuje się najpierw dobrze w wodzie a następnie przenosi się je do wodnego rozczynu barwika (1:60). Jako ostatni mogę polecić safraninę 0 wyrabianą przez Dra Grüblera w Lipsku. W barwiku pozostają preparaty pewien czas, stosownie do zamierzonego celu kilka godzin, dni lub tygodni. Następnie płucze się je dokładnie w wodzie, a potém wkłada się je, do dwóch obok siebie ustawionych kąpieli alkoholowych, zakwaszonych kilku kroplami kwasu azotowego. Te ostatnie wyciągają z preparatów resztki zbytniego barwika i oczyszczają je. Wyjaśnienie preparatów odbywa się za pomocą olejku gwoździkowego lub bergamotowego. Lepszym jest pierwszy. Do drugiego jednak trzeba się uciec wtedy, gdy się chce uniknąć zbytniego wyciągnięcia barwika z preparatów. Balsam kanadyjski służy za środek konserwacyjny.

Od czasu, przez jaki preparaty pozostają w barwiku, zależy wynik barwienia.

Wynik ten jest trojaki:

1. Barwienie istoty chromoleptycznéj.

Przy krótkotrwałém barwieniu (przez jednę lub kilka godzin) barwi się tylko pewien składnik osłonki rdzennéj w nerwach rdzennych, mianowicie istota chromoleptyczna. Jestto, jak już w dawniejszych pracach dokładnie opisałem, pierścień lub półksiężyc w osłonce rdzennéj zdrowych nerwów, który safraniną barwi się na pomarańczowo. Istota chromoleptyczna w nerwach istoty białéj rdzenia pacierzowego nie jest wszędzie w równéj mierze rozdzieloną. Każda z trzech par sznurów rdzenia posiada w pobliżu istoty szaréj charakterystycznie uformowaną grupę nerwów, odznaczającą się większą zawartością istoty chromoleptycznéj. Grupy te nazwałem partyjami chromoleptycznemi i opisałem je dokładniéj w dawniejszych pracach.

2. Barwienie podwójne.

Jeżeli skrawki pozostawi się na czas dłuższy, od jednego dnia do tygodnia, w barwiku, to wystąpi zabarwienie podwójne. Nerwy, a w szczególności ich cała istota rdzenna, barwi się pomarańczowo, jądra zaś neuroglii, ciałka jądrzaste i pierwoszcza komórek zwojowych przyjmują zabarwienie fijoletowe. Włókna osiowe nerwów pozostają niezabarwione.

3. Przebarwienie.

Gdy barwik działa dłużéj aniżeli jeden tydzień na skrawki, poczyna się osłonka rdzenna odbarwiać. Za to atoli barwią się fijoletowo, oprócz wspomnianych części neuroglii i komórek zwojowych, jeszcze tkanka podstawowa neuroglii i włókienka osiowe odbarwionych nerwów. Skrawki

[1]) *Neue Färbungsmethode für das Centralnervensystem. Fortschritte d. Medicin.* Bd. 2, Nr. 6, 1884, i Bd. III, Nr. 8, 1885. — [2]) *Neue Rückenmarkstinctionen. Sitzgsber. d. Wiener Akad. d. Wiss.* Math.-naturw. Cl. Bd. 89, 1886.

są więc znowu pojedynczo, mianowicie fijoletowo zabarwione.

Używając tego potrójnego rezultatu barwienia jako odczynnika na zmiany patologiczne w tkance nerwowéj ma się dokładny przegląd z jednéj strony współudziału nerwów a w szczególności istoty chromoleptycznéj, osłonki rdzennéj i włókienek osiowych w sprawie chorobowéj, a z drugiéj zajęcia chorobą neuroglii i innych śródmiąższowych elementów.

Tak więc podaje safranina, z taką dokładnością jak dotychczas żadna inna metoda barwienia, jasną, prawdziwą i wyczerpującą analizę tkaninową. Taka analiza może dopiero dopomódz do rozpoznania sprawy chorobowéj, toczącéj się w tkance nerwowéj.

Teraz przystąpię do samego procesu chorobowego w szczególności.

Zwyrodnienie wtórorzędne czyli choroby systemów.

Z historyi. Badania Schiefferdeckera i Hoména. Wyniki metody safraninowéj. Kształt i rozprzestrzenienie się części zwyrodniałych. Rozbiór histologiczny tkanki zdrowéj i schorzałéj. Zachowanie się nerwów w ogniskach chorobowych. *Varicosis. Neuro-Filo-Myelovaricosis.* Zanik nerwów. Stósunek warykotycznych nerwów do atroficznych w przypadku świeżéj degeneracyi wtórorzędnéj. *Neurogliosis.* Definicyja sprawy zwyrodnienia wtórorzędnego. Objawy kliniczne. Samoistne choroby systemów.

Zwyrodnienia wtórorzędne są choroby rdzenia najprostsze, najwięcéj znane i badane już nowszemi metodami. Tutaj znajduje metoda safraninowa utartą już drogę. Wyniki jéj co do zwyrodnienia wtórorzędnego posłużą łatwo jako podstawa dla innych więcéj skomplikowanych, chronicznych zwyrodnień rdzenia pacierzowego. Stosunki anatomicznego umiejscowienia zwyrodnienia wtórorzędnego zostały dobrze zbadane i ustalone od czasu fundamentalnych prac Türcka [1]), przez rozliczne kliniczne spostrzeżenia, jakoteż także przez badanie doświadczalne rozpoczęte przez Westphala [2]) a przez innych badaczy [3]) kontynuowane.

Znane jednak prace Flechsiga o systemach położyły podstawę dla fizyjologicznego zrozumienia tych zwyrodnień. Wykazały one, że przedewszystkiém zwyrodnienie wtórorzędne właściwém jest systemom i że stosownie do tego choroby systemów a zwyrodnienie wtórorzędne jedno i to samo oznaczają [4]). Wprawdzie mogą także drogi niesystematyczne, przez Flechsiga resztami sznurów bocznych nazwane, równie jak wiązki sznurów przednich i tylnych (sznury klinowe Burdacha) wtórorzędnie zwyrodnieć, zwyrodnienie jednak tych części wywołuje tylko miejscowe zmiany w rdzeniu, ponieważ składają się one z włókien krótkich. Zwyrodnienie systemów z długich włókien się składających zajmuje zawsze większe odcinki rdzenia i niszczy jego tkankę na większych przestrzeniach.

Trzy są systemy podlegające zwyrodnieniu wtórorzędnemu. Drogi piramidalne, sznury Golla i czasem chociaż nie zawsze drogi móżdżkoboczne. Jeżeli sznury Golla lub drogi móżdżkoboczne doznają jakiéjś przerwy w swym przebiegu, to zwyrodnieją (jak również włókna krótkie sznurów Burdacha) w kierunku ku górze. Stanowią one zatém substrat dla zwyrodnienia wstępującego. Jeżeli zaś przerwane zostaną drogi piramidalne (również reszty sznurów bocznych), to zanikają one w kierunku od miejsca urazu ku dołowi. Zniszczone zatém zostaną przez degeneracyję zstępującą.

Każda z dróg piramidalnych składa się z włókien nerwowych, które wychodzą z przednich odcinków kory odpowiedniéj półkuli mózgowéj, przechodzą przez *capsula interna* i dzielą się w rdzeniu przedłużonym na dwie grupy: jedna z nich przebiega po téj saméj stronie wśród sznurów przednich (sznury piramidalne przednie *(Pyramiden-Vorderstränge)* Flechsiga, drogi przednie *Vorderhülsenstrang* Türcka), druga zaś po stronie przeciwnéj w tylnych odcinkach sznurów bocznych (drogi piramidalne boczne *(Hinterseitenstränge)* wzdłuż rdzenia ku dołowi.

Skoro zatém jeden z systemów piramidalnych zachoruje, to znajdują się regularnie dwa i to skrzyżowane ogniska zwyrodnienia. A jeżeli obydwa są zwyrodniałe, to każdemu z nich odpowiada jedna taka para skrzyżowanych ognisk. Nie należy także zapominać, że przednie drogi piramidalne już w dolnéj części piersiowéj kończą się i że nawet boczne drogi piramidalne tylko do części lędźwiowéj rdzenia dokładnie śledzić można.

Dla wyjaśnienia zwyrodnienia wtórorzędnego przypuszcza się z Bourchardem [1]), że systemy z wielu włókien nerwowych się składające w ten sam sposób i z tych samych powodów zachorują, jak nerwy obwodu, gdy oddzielone zostaną od swych centrów troficznych. Tak więc musimy przyjąć osobne centra troficzne dla sznurów Golla i dla dróg krótkich sznurów Burdacha w zwojach międzykręgowych i w istocie szaréj rogów tylnych, dla dróg móżdżkobocznych w słupach Clarcka, dla dróg piramidalnych wreszcie w częściach kory mózgowéj, z których one wychodzą i których zniszczenie, jak to obserwacyje na człowieku [2]) i doświadczenia na zwierzętach [2]) wykazały, również zwyrodnienie zstępujące wywołują. O tych zwyrodnieniach przez uszkodzenie kory mózgowéj wywołanych wspomnieć dla uzupełnienia należy, że oszczędzają one czasem drogi piramidale przednie, a przy jednostronném uszkodzeniu kory mózgowéj nietylko po przeciwnéj stronie położone ale i równostronne drogi piramidalne boczne zajmują [3]). Jeżeli zwyrodnienie wtórorzędne trzyma się systemów, a systemy składają się z charakterystycznie ugrupowanych nerwów to powinnoby być już z góry jasném, że zwyrodnienie wtórorzędne jest

---

[1]) *Ueber secundäre Erkrankungen einzelner Rückenmarksstränge u. ihren Fortsetzungen zum Gehirn. Sitzber. d. Wien. Akad. d. math.-naturw. Cl.* Bd VI i Bd. XI, 1851 i 1853. [2]) *Ueber künstlich erzeugte secund. Degener. einzelner Rückenmarksstränge. Arch f. Psych. u. Nervenkrankheiten.* Bd. II, 1870. — [3]) Schiefferdecker: *Ueber Regeneration, Degeneration u. Architektur des Rckmks. Virchows Archiv.* Bd. 67, 1878. — Singer: *Ueber secundäre Degener. im Rckm. des Hundes. Stzber. d. Wien. Akad. d. W.* Bd. 84, 1881. — Kahler: *Ztschrft f. Heilkunde.* Bd. III, 1882. — Homén: *Contribution experimentele à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moëlle épinière.* Helsingfors, 1885. — [4]) *Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen. Leipzig*, 1876.

[1]) *Des dégénerations secondaires de la moëlle épinière. Arch. géneral de medicine.* 1886, Nr. 3—5. — [2]) Pitres: *Arch. de Physiol. norm. et Pathol.* T. III, 1884, Nr. 2. — Franck et Pitres: *Progrès medical*, 1880, str. 147. — Löwenthal: *Des Dégénerations secondaires de la moëlle epinière consecutives aux lésions experimentelles medullaires et corticales. Dissert.* Genève, 1885 — [3]) Pitres: l. c. Löwenthal l. c. Sherrington: *Journal of Physiologie.* 1885, str. 176.

schorzeniem nerwów pierwotnem. Pomimo to nie brakło na zapatrywaniach, według których zwyrodnienie wtórorzędne miało być wynikiem w śródmiąższowéj tkance toczącego się zapalenia, które dopiero następowo miało niszczyć nerwy. Schiefferdecker był pierwszym, który w dobitny sposób wykazał błąd w tym względzie. Znalazł on przy badaniu przeciętych rdzeni psich, że w sznurach zdegenerowanych po obydwóch stronach cięcia zmieniają się w szczególny sposób najpierw nerwy. Barwią się bowiem w odpowiednich stosunkach błękitem anilinowym. W prawidłowych stosunkach nie dzieje się to, a istota rdzenna i włókienko osiowe zlewają się w zabarwionych włóknach w jedno. Zmiana ta rozpościera się w rdzeniu ku górze i ku dołowi i kończy się po czterech lub pięciu tygodniach zupełnem zniszczeniem nerwów w całym przebiegu odpowiednich sznurów. Ostatnie składają się wtedy tylko jeszcze z neuroglii, która wygląda tak, jak gdyby z niéj powyciągano włókna nerwowe. Jeżeli to tak daleko postąpiło, co zwykle się dzieje w siedmiu lub ośmiu tygodniach, to następuje teraz drugi akt przemiany, zmiana neuroglii. Ta kurczy się, wypełnia po nerwach pozostałe otwory i zagęszcza się wreszcie jak w rzeczywistéj bliźnie. (C. d. n.)

II. Zapalenie wiosenne rąbka spojówkowego

(według odczytu wygłoszonego w Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu dnia 6 maja 1887)

przez

Dra Bol. Wicherkiewicza.

Nazwa choroby mogłaby łatwém uczynić przypuszczenie, iż mówić zamierzam o cierpieniu epidemicznem, a przynajmniéj dość często na wiosnę powtarzającém się. Tymczasem choroba, którą się nieco obszerniéj zajmiemy, nie należy wcale ani do częstych, ani też do ogólnie znanych, nazwę zaś swą zawdzięcza autorowi, który, zbadawszy ją lepiéj, zaznaczył pewne odrębne znamiona nadając jéj miano nieżytu wiosennego, a to z powodu, iż cierpienie rzeczone, trwające lat kilka lub kilkanaście nawet, przeważnie z wiosną, lecz także lubo rzadziéj i na jesień przechodzi w stan znaczniejszego pogorszenia.

Autorem tym był Saemisch, który jak się sam przyznaje, aż do czasu ogłoszenia swéj pracy widział tylko 30 przypadków choroby przedstawionéj po raz pierwszy przez siebie w pięknym klinicznym obrazie w podręczniku „Graefe u. Saemisch *Handbuch der Ophthalmologie*.“

Mylném byłoby jednakże zdanie, jakoby przed Saemischem objawy téj choroby wcale nie były światu okulistycznemu znane. Owszem zdaje się, że chorobę tę znał pod inną nazwą Desmarres (*Hypertrophie périkeratique)*, daléj A. v. Graefe pod nazwą *phlyctaena pallida*, albo *Gallertartige Limbusinfiltration*, a nawet już Arlt w r. 1846, gdyż w *Prager Vierteljahrschrift* Nr. 4 pag. 73 opisuje: „*Drei Fälle von Limbusinfiltration mit einer graulichgelblichen durchscheinenden sulzigen Masse.*“ Niewątpliwie jednakże Saemischowi należy się wdzięczność za ścisłe badanie choroby i naznaczenie wybitnych klinicznych znamion, które wyróżniają tę chorobę znakomicie od innych podobnych.

Ja sam miałem w ciągu méj przeszło 13 letniéj praktyki okulistycznéj niejednokrotnie sposobność spotykania się z chorobą, któréj przed rozpoznaniem się z opisem Saemischowskim nie oceniałem należycie, a przyznaję się do tego otwarcie będąc przekonanym, iż podobny los dzielił lub dzieli jeszcze nejeden wspólnie ze mną.

Mając chwilowo w méj klienteli chorego dotkniętego tém cierpieniem, postanowiłem sobie ten właśnie przypadek jako w swych objawach chorobowych nader wybitny Panom przedstawić, a czynię to tém chętniéj, iż pod względem leczniczym nowego w tym kierunku nabrałem doświadczenia. Zanim atoli do przedstawienia chorego i podania historyi jego cierpienia przystąpię, pozwolę sobie skreślić kliniczny obraz téj choroby w ogóle.

Zmiany zachodzące w zapaleniu wiosenném dotyczą przeważnie rąbka spojówkowego i przyległéj części spojówki gałkowéj. Rąbek spojówkowy znacznie się rozszerza i pokrywa wyniosłościami pochodzącemi od nacieczenia tkanki, któréj naczynia są dość silnie nastrzyknięte. Lecz i reszta spojówki gałkowéj jest mniéj lub więcéj nastrzykniętą, mianowicie w obwodzie rogówki, gdzie nabrzmienie jéj koloru mięsisto-różowego tworzy albo zwarty pierścień, albo też po największéj części po przed górnym brzegiem rogówki półksiężycowe wypukłości lub też łuki składające się z kilku mniejszych wypukłości, które ściśle przylegają do rogówki, względnie do twardówki. Nie dają się one przesuwać, a robią wrażenie nacieczenia tłuszczowego. Wypukłości te dochodzą lub przekraczają nawet wysokość 1 mm., szerokość ich zaś wynosi czasem 2—3 mm., a nie ograniczają się, jak to Saemisch twierdzi, do saméj szerokości rąbka spojówkowego. Równocześnie spostrzegamy, mianowicie na górnéj powiece, w wysokości górnego brzegu chrząstki znaczne nabrzmienie brodaweczek, w skutek czego powierzchnia spojówki przedstawia się tutaj rowkowaną, inne części spojówki powiekowéj są także lekko nabrzmiałe, a naczynia ich mniéj lub więcéj nastrzyknięte.

Lubo nie we wszystkich przypadkach, to jednakże dość często wydzielina śluzowa spojówki jest obfitą, w skutek czego powieki zlepiają się. Nie jestto jednakże znamieniem stałém, dla tegoteż nazwa nieżytu wiosennego, przez Saemischa wprowadzona, nie zdaje się nam być właściwą, ale raczéj zastąpićby ją trzeba nazwą: powrotne zapalenie wiosenne rąbka spojówkowego.

Względnie do dość silnych objawów przedmiotowych objawy podmiotowe są mało znaczące. Chorzy skarżą się na łzawienie, lekkie ciśnienie, światłowstręt; co ich zaś głównie do lekarza napędza, to wejrzenie zewnętrzne takich ócz.

Objawy chorobowe trwają 6, 8 lub 12 nawet tygodni, aby następnie bądźto pod wpływem środków leczniczych, bądźto nawet niezależnie zupełnie od nich, ku końcowi lata zwolna słabnąć, albo bez śladu zniknąć, albotéż na niskim stopniu rozwoju pozostać aż do następnéj wiosny, gdzie znowu dochodzą do dawniejszych rozmiarów, częstokroć je przewyższając. W razie powrotu bowiem tworzą się nowe wypukłości, uzupełniające łuki dawniejsze do zaokrąglonych pierścieni, które zajmują cały obwód rogówkowy.

Podobnie jak Saemisch nie zauważałem i ja także, aby te różowe wypukłe nacieczenia kiedykolwiek dochodziły do miejsca odpowiadającego brzegowi średnio rozwartéj źrenicy. W żadnym téż przypadku nie spostrzegłem innych zmian zapalnych na rogówce, ani powikłań z zapaleniem czyto tęczówki, czy głębszych części oka.

Ponieważ, jak powiedziałem wyżéj, objawy podmiotowe są względnie bardzo podrzędne, przeto téż chorzy nie doznają zboczeń w czynności oka. Wzrok mianowicie pozostaje przez chorobę tę nieupośledzony.

W początkach swych cierpienie w mowie będące przypomina niemało zapalenie pryszczykowe spojówki, mianowicie

jeżeli wypukłości, o których mówiliśmy, powstają w postaci guzków, które dopiero później w łuki się zlewają.

Pominąwszy atoli inne znamiona powstrzyma nas od błędnego pojęcia rzeczy już i ta okoliczność, iż zapalenie pryszczykowe powstaje dość szybko i szybko też znika.

Zapaleniu wiosennemu podlegają, jak nas o tém dotychczasowe doświadczenia pouczają, wyłącznie dzieci, a według moich własnych spostrzeżeń przeważnie chłopcy. Rzadko jedno tylko oko zapada, zazwyczaj obydwa cierpieniu temu ulegają.

Nie można było dotychczas wykryć żadnego związku téj choroby z jakiémkolwiek skażeniem krwi, mianowicie ze zołzami lub kiłą. Również zależność jéj od cierpień innych części oka nie została niczém udowodnioną. Uderza także, iż prawie zawsze tylko dzieci zresztą zupełnie zdrowe chorobie téj ulegają.

Cała ta sprawa przedstawia się więc jako chorobowa zmiana rąbka spojówkowego prowadząca do przerostu, mogącego czasem uledz przeobrażeniu tłuszczowemu.

Zdaje się także, iż choroba ta jest do pewnych okolic więcéj przywiązaną aniżeli do innych, a może właśnie okolica nadreńska szczególnie pod tym względem jest upośledzoną. Wśród bardzo licznéj klijenteli paryskiéj widuje W e c k e r chorobę tę tylko dwa do trzech razy do roku. (*Traité complet d'ophthalmologie*, Tom I, pag. 352).

W czasie mego dwuletniego pobytu przy klinice ocznéj w Wiesbadenie widziałem wszystkiego dwa lub trzy przypadki tego cierpienia, a w ciągu 10-letniéj przeszło czynności méj w Poznaniu spotykałem zapalenie wiosenne 1—2 razy do roku, były zaś i takie lata, w których nie przedstawił się ani jeden przypadek.

Prawdziwą zagadkę stanowi skłonność téj choroby do powrotu lub pogorszenia z nastaniem wiosny lub jesieni. Czy pasorzyt jakiegokolwiek rodzaju znajdujący korzystniejsze warunki do rozwoju w wymienionych porach roku jest przyczyną tych zmian ocznych, nie wyśledzono ani zapewne nie badano dotychczas, co niemało zadziwia w obec panującéj skłonności posądzania mikroorganizmów o wszelkie w ciele naszém zachodzące zmiany chorobowe.

Dr. S c h m e i c h l e r (*Ophth. Casuistik* w *Wiener med. Wochenschrift* 1887, Nr. 4 i 5) robił u pewnego chorego dotkniętego zapaleniem wiosenném dokładne zapiski dotyczące pogorszeń choroby, a porównywając je z tablicami meteorologicznemi znalazł, że takowe zależne są od podniesienia ciepłoty atmosferycznéj, mianowicie gdy równocześnie zmniejszała się ilość wilgoci w powietrzu. Zdaniem więc Schmeichlera nie wiosna, ale cieplejsze i suchsze powietrze, jakie ona przynosi, chorobę tę zwiększa; gdy bowiem wiosna jest wyjątkowo zimna, cierpienie to pogarsza się dopiero latem.

P o s z u k i w a n i a a n a t o m i c z n e nad zmianami w chorobie wiosennéj posypały się dość obficie od czasu publikacyi Saemischa. I tak pisał o tym przedmiocie E. R e y m o n d w r. 1875 (*Annal. d'ophthal.* IV pag. 329—356). Daléj Dr. V e t s c h w pracy swéj doktorskiéj podał anatomiczne badania Dra Haaba z kliniki Hornerowskiéj pod tytułem: *Der Frühjahrscatarrh der Conjunctiva*, a do powyższych badaczy przyłączył się Dr. U h t h o f f (*Arch. f. Ophthal.* T. 29 III pag. 174). Ostatni potwierdza tylko wyniki badań swych poprzedników podając, że przeważny udział w tych zmianach chorobowych bierze pokład przybłonka spojówkowego. Jest on w wysokim stopniu zgrubiałym, powierzchowne warstwy komórek przybłonkowych mają postać spłaszczoną, głębsze zaś zbliżają się do postaci walcowatych. W utkanie podprzybłonkowe zapuszczają się czopkowate odnogi pokładu przybłonkowego rozprzestrzeniając się daléj w głębi. Komórki tych odnóg mają wszędzie równą postać z wyraźném jądrem. Poniżéj warstwy przybłonkowéj znajdujemy gdzieniegdzie jasne, świecące, jednolite miejsca, składające się częścią z okrągłych, częścią z podłużnych i jednolitych ciał, które uważać trzeba jako płyn białkowaty stężały. Reymond przypuszcza, że tu chodzi o wytwór szklisty.

P o d w z g l ę d e m r o k o w a n i a zaznaczyć muszę, że zejście prawie zawsze jest pomyślne, a jedynie tylko skłonność do powrotu i długotrwałość choroby czynią rokowanie mniéj pomyślném. Wszelkie zmiany na spojówce nawet w tych miejscach, gdzie chorobowe zmiany były najwięcéj rozwinięte, znikają prawie bez śladu, a tylko tu i owdzie wytwarzają się kiedy niekiedy małe wyniosłości na brzegu rogówki mogące uchodzić za tłuszczaki, a drażniąc spojówkę wywołują utrudnienie w patrzeniu.

P o d w z g l ę d e m l e c z n i c z y m choroba ta dwojakie daje nam wskazania. Najprzód winniśmy usunąć dość silny częstokroć światłowstręt, a raczéj złagodzić tenże, co się da osiągnąć przy pomocy okularów ciemnych i przez unikanie zbyt rażącego światła. Powtóre powinniśmy się starać o to, aby zmniejszyć wydzielinę częstokroć chorobie towarzyszącą.

Pod tym względem najskuteczniejszym okazał mi się mój proszek przeciw chorobom spojówkowym zalecony, a składający się z 3 części kwasu borowego i jednéj części garbnikowego. Proszek ten zasypywany po przewróceniu powiek w dość znacznéj ilości na spojówkę opłukaną poprzednio czystą, nieco letnią wodą, zmniejsza wydzielinę, nadaje naczyniom i całéj tkance więcéj jędrności, przez co na całą sprawę zapalną najkorzystniéj jeszcze wpłynąć możemy.

W przypadku przeze mnie dłuższy czas leczonym stósowałem ponownie i to nie bez skutku widocznego żegadło galwaniczne do wypukłości rąbka spojówkowego. Nie zgadza się to, co prawda, z doświadczeniem Saemischa, który powiada (l. c. p. 29) *„dass gegen die Veränderungen des Limbus an sich direct nicht vorgegangen werden kann, liegt auf der Hand.“* Atoli tak w przypadku, który przedstawić sobie niebawem pozwolę, jakoteż w innych przekonałem się, że środek ten dzielnie przyspiesza znikanie owych wybujałości wtenczas, gdy w ogóle cała sprawa znajduje się w okresie ustępowania. Przeciwnie zaś stósując żegadło w czasie, gdy choroba jeszcze się rozwija, wywołujemy drażniąc żegadłem silniejsze jeszcze wybujanie owych wypukłości i odczyn na całą sprawę zapalną.

W czasie silniejszego podrażnienia ócz przymoczki z octanu ołowiowego stanowczo i choremu ulgę sprawiają i zapalenie zmniejszają. W ogólności wszelako ze środków leczniczych żaden nie zasłużył sobie na bezwzględne uznanie, natomiast prawie wszyscy lekarze, którzy mieli sposobność badania i leczenia téj choroby, na to się zgadzają, iż wszelkie środki drażniące zamiast korzyści szkodę tylko tutaj przynieść mogą.

Ze środków wewnętrznych ma według Weckera działać skutecznie arszenik, o czém jednakże sam przekonać się nie miałem sposobności.

Skreśliwszy obraz kliniczny zapalenia wiosennego, przypatrzmy się choremu samemu, którego chorobę z przebiegiem jéj dotychczasowym niniejszém podać sobie pozwolę:

Henryk N. 11 lat mający, z Szamotuł, pochodzi z li-

cznéj żydowskiéj rodziny, ma zdrowych na oczy rodziców i rodzeństwo. Przedstawia go po raz pierwszy matka 8 lipca 1886 r. podnosząc, że nigdy chłopiec nie przechodził żadnych znaczniejszych chorób, a oczy zawsze miał zdrowe. Natomiast od roku cierpi na ostatnie, a od 10 tygodni leczony bezskutecznie na „zapalenie egipskie.“

Chłopiec na swój wiek dobrze rozwinięty i nieźle odżywiony, wygląda zdrowo, tylko nieco zdaje się być skrofulicznym. Co do ócz, to spostrzega się następujące zmiany: Górne powieki nieco nabrzmiałe i lekko opadnięte, mierna wydzielina śluzowa, przedewszystkiém atoli zauważyliśmy, iż granica rogówkotwardówkowa pokryta była prawie w całym obwodzie, wyjąwszy maleńką tegoż cząstkę, wypukłością znaczną bladoróżową, dochodzącą miejscami do 1 mm. wysokości, a od 2—3 mm. szerokości, pokrywającą w części także rogówkę samą. Brodaweczki na górnych powiekach, w miejscu odpowiadającém górnemu brzegowi chrząstki, mocno przerosłe; reszta spojówki miernie przekrwiona nie przedstawia żadnych zmian uderzających.

Z początku stósowałem 2% rozczyn saletranu srebra, okłady zimne z wody ołowiowéj, a wewnętrznie podawałem jodek potasowy. Wydzielina nieco się zmniejszyła, ale owe wypukłości na rąbku spojówki nie uległy żadnéj widocznéj zmianie; to téż w 3 tygodnie późniéj przystąpiłem do zastósowania wprost na nie żegadła galwanicznego. Nadto przyżegałem przerosłe brodaweczki górnych powiek. Zrazu wydzielina stała się nieco obfitszą, dla jéj poskromienia zasypywałem jeden lub dwa razy dziennie mój proszek tanino-borowy z widocznym bardzo skutkiem.

Już po 5—6 dniach wypukłości zaczęły się zmniejszać, tak że w 10 dni późniéj przyżeganie powtórzyć mogłem; w tydzień zaś po ostatniém przyżegnięciu przekonawszy się o dalszém polepszeniu stanu ócz, puściłem chorego do domu, polecając matce stósowanie pilne powyżéj wspomnianego proszku.

Dnia 30 października widząc chorego powtórnie przekonałem się, iż owe wypukłości, pominąwszy małą pozostałość na prawém oku, poznikały, a wydzielina śluzowa bardzo już tylko była nieznaczną. Poleciłem wpuszczać do worka spojówkowego siarkan miedziowy i ałun raz dziennie, a wewnętrznie używać jodku potasowego w nieco silniejszéj dawce.

Dnia 15 listopada przedstawia się chory ze znacznem pogorszeniem cierpienia, a stan jego ócz mało co odmienny od tego, jaki był przy pierwszém badaniu. Co zaś najwięcéj uderzało, to owe wypukłości na rąbku spojówkowym okalające rogówkę na $^3/_4$ jéj obwodu.

Powróciłem więc do codziennego stósowania proszku borowo-taninowego, do okładów z wody ołowiowéj i jodku potasowego. Proszek powyższy stósowany był 2 razy dziennie; wypukłości przyrogówkowe zmniejszały się zrazu nieco, ale późniéj pozostawały na tym samym stopniu; dopiero kilkorazowe stósowanie galwanokaustyki wywołało znowu znaczne lubo powolne polepszenie. Przez koniec roku przeszłego i w pierwszych miesiącach bieżącego stan oka był znośny.

Na początku kwietnia nastąpiło znowu pogorszenie. Cały obwód rogówki pokryty szerokim i dość wysokim wałem, który się jeszcze coraz więcéj w dniach następnych ku środkowi rogówki posuwał, a równocześnie wzmogła się wydzielina śluzowa.

Z początku wypłukiwano sublimatem i zadmuchiwano proszek borotaninowy, od dnia 26 kwietnia zastąpiono ostatni kalomelem, chłodzono także oczy wodą ołowiową. W końcu kwietnia zauważyłem złagodzenie wszelkich przed- i podmiotowych objawów, a mianowicie wypukłości przyrogówkowe straciły na szerokości i wysokości.

Na początku maja 1887 atoli bez wiadomych jak zwykle powodów powiększyły się one ponownie, pozostawiając tylko dolny brzeg wolny, tak że Panowie macie przed sobą obraz istotnéj choroby nie przypuszczając może wcale, iż owe wypukłości, dziś znowu tak groźnie się przedstawiające, już kilka razy prawie bez śladu znikały. [1])

W ciągu całego przebiegu choroby wzrok nie uległ żadnéj zmianie, a chłopczyk skarżył się jedynie na lekki stopień światłowstrętu obok palenia i łzawienia.

Mając przypadek ten przeszło rok pod okiem, mogłem się przekonać najprzód, że choroba ta występuje niczém niepowstrzymana przeważnie na wiosnę, jakotéż i w jesieni, a trwa miesiące całe; powtóre, iż z środków, które na przebieg korzystnie działają, najwięcéj jeszcze zaufać można żegadłu galwanicznemu w połączeniu z następném zasypywaniem proszku borotaninowego do worka spojówkowego.

O rzeczywistym jakimś wpływie środków wewnętrznych, a mianowicie jodku potasowego, nie mogłem się przekonać. Natomiast z innych przypadków zapalenia wiosennego leczonych przezemnie w dawniejszych latach odniosłem to wrażenie, iż żółta maść rtęciowa (1 : 60) wkładana do worka spojówkowego i rozcierana przez minutę w ten sposób, iż przytém powieką wywieramy rodzaj nagniatania na wypukłości przyrogówkowe, korzystnie wpływała na przebieg choroby.

III. O powstaniu uderzenia serca.

Napisał Dr. O. Widmann,
prymaryjusz szpitala lwowskiego.

(Wykład miany na posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal.).

Po stronie lewéj klatki piersiowéj zobaczyć można rytmiczne wypuklanie się zazwyczaj 4go lub 5go międzyżebrza w linii sutkowéj a macając miejsce to uczuwa się również rytmiczne z tętnem tętnic prawie równoczesne wstrząśnienie.

Zjawisko to nazywamy uderzeniem serca, a jest ono pod nazwą tą nie tylko lekarzom ale i nielekarzom znane.

Jakkolwiek objaw ten jest bardzo prosty i zwyczajny, to jednak tłumaczą powstawanie jego bardzo różnie i nieodpowiednio prostym zasadom fizyki, nietylko fizyjologowie lecz i klinicyści, którychto ostatnich niestety zbyt często pomawiać można o brak pierwiastkowych znajomości zasad fizyki a często i fizyjologii.

Chcąc dojść do ładu w mnóstwie sposobów tłumaczenia, w jaki sposób serce i wierzchołek czyli koniec jego uderza o klatkę piersiową, trzeba podzielić zdania autorów na trzy kategoryje, które wyliczam bez względu na czas ich powstania.

Jedni twierdzą, że przyczyną uderzeń serca o klatkę piersiową jest zmiana kształtu, jakiego mięsień ten doznaje w chwili skurczu; stożek spłaszczony i skośny (kształt serca w czasie spokoju) przemienia się w chwili skurczu na stożek prosty o podstawie niemal do koła zbliżonéj, wypukla się

[1]) Żegadło galwaniczne, a późniéj dość częste zasypywania proszku boro-taninowego doprowadziły w ciągu dwóch może miesięcy do zupełnego prawie zniknięcia zapalenia wiosennego, tylko brodaweczki na górnych powiekach pozostały jeszcze do końca lata przerosłe.

w kierunku od tyłu ku przodowi, co wywołuje wstrząśnienie klatki piersiowéj.

Teoryja ta, któréj reprezentantami są Arnold, Kiwisch, Ludwig, Donders, więc fizyjologowie, tłumaczy wprawdzie uderzenia serca, lecz nie tłumaczy uderzeń wierzchołka czyli końca tegoż o klatkę piersiową.

To ostatnie zjawisko ma tłumaczyć teoryja, którą pierwszy wygłosił Kürschner. Mniema on, że oprócz stwardnienia i zmian kształtu mięśnia sercowego w chwili skurczu, co sprawia uderzenia serca w ogóle, czyni serce ruch dźwigniowy: ruch ten powstaje przez systoliczne skracanie się komór, wywołane skracaniem się dużych pni naczyniowych w chwili również skurczu tychże; tętnice te wydłużają się w chwili rozkurczu komór przez dopływ krwi do tychże. Inaczéj mówiąc: komory napełnione krwią wydłużają ku sobie pnie naczyniowe, te zaś, gdy się krwią napełniają, dźwigają w górę komory. Podpora dźwigni ma leżeć na granicy pomiędzy przedsionkami a komorami, koniec zaś jéj jest koniec serca.

Z teoryi téj wynikałoby, że koniec serca może się tylko wtedy podnosić, jeżeli serce jest krwią napełnione, co się faktom fizyjologicznym sprzeciwia, nadto, nie uwzględnia ona, że serce nie jest do tego stopnia ruchome, aby tego rodzaju naprzemienny ruch mógł się odbywać, tak jakby jakiegoś balonika na nitce gumelastycznéj zawieszonego. Ruchy dźwigniowe serca tego rodzaju, jak to wymaga teoryja Kürschnera, mogłyby się odbywać chyba w klatce piersiowéj, któréj przedniéj ściany brakuje. Spłaszczeniem i wydłużeniem łuku tętnicy głównéj tłumaczy już Sénac (1749) uderzenia końca serca o klatkę piersiową.

Andral, Bouillaud i inni udowodnili mylność zapatrywania tego, które jednak w nowszych czasach uzyskało sobie w Aufrechtcie, Bahrze i Rieglu zwolenników. Starają się oni, acz błędnie, jak to późniéj wykażę, na podstawie faktów patologicznych stwierdzać prawdziwość swoich zapatrywań.

Kornitzer mniema, że nietylko spłaszczenie łuku naczyń wielkich (w chwili skurczu), na których serce jest zawieszone, ruchomo, jest przyczyną uderzeń serca i końca tegoż, ale téż i ruch śrubowy (rotacyjny) tych naczyń, które będąc około siebie okręcone, odkręcają się, skoro się do nich krew z komór dostaje. Dolna ich część wydłuża się przez to ku dołowi, za tym ruchem idzie serce, które nietylko się wydłuża, ale nadto skręca od lewéj ku stronie prawéj, przez co podnosi się lewa jego połowa i uderza o klatkę piersiową.

Spostrzeżenia Kornitzera są słuszne, lecz tłumaczenie powstania zjawiska jest mylne.

Trzecia teoryja nie szuka ani w zmianie systolicznéj kształtu serca ani téż w wydłużeniu łuku tętnicy głównéj ani w ruchu śrubowym naczyń dużych przyczyny uderzeń tegoż o klatkę piersiową, lecz w odrzucie (*Rückstoss*), jakiego serce ma doznawać skutkiem gwałtownego i nagłego pozbycia się swéj treści. Jestto t. z. teoryja odrzutowa, zwykle teoryją Guttbroda-Škody zwana, którą jednak inni przypisują Anglikowi Aldersonowi.

Teoryja ta, dzięki powadze Škody, zyskała, przynajmniéj w szkole wiedeńskiéj, najwięcéj zwolenników, acz zupełnie niezasłużenie, albowiem brak jéj naprzód wszelkiéj podstawy fizycznéj i fizyjologicznéj, nadto, nie da się za jéj pomocą żaden fakt patologiczny wytłumaczyć.

Nam potrzeba teoryi takiéj, któraby tłumaczyła zjawiska fizyjologiczne, a z któréj pomocą z łatwością możnaby nieprawidłowości w ruchach serca wyjaśnić.

Jeżeli się przypatrzymy ruchom serca zwierzęcia żywego w klatce piersiowéj, odsłoniętéj, to, jeżeli ruchy te są tylko dość wolne, spostrzedz z łatwością możemy, że skurcz jest ruchem falistym, dążącym od podstawy komór ku końcowi serca; doszedłszy do miejsca tego podnosi się koniec serca, przyczém serce robi lekki zwrot około swéj osi podłużnéj, od strony prawéj ku lewéj (zwierzęcia), następnie rozszerza się komora, przybierając kształt do kuli zbliżony, zostaje czas jakiś w tém napełnieniu, poczém następuje znów skurcz.

Ruch ten odbywa serce bez względu na to, czy jest krwią napełnione czy nie, z tą jednak różnicą, że na sercu napełnioném krwią ruchy te są wybitniejsze. (Chauveau).

W chwili skurczu wypukła się przednia i tylna ściana serca, boczna, czyli lewa i prawa zapadają się. (Ludwig).

W tych ruchach serca, które oczywiście polegają li na kurczliwości mięśnia sercowego, mamy wszystkie warunki dane do uderzeń serca o klatkę piersiową i warunki do uderzeń końca serca, skoro tylko koniec serca uderza właśnie w międzyżebrze, lub nie jest płucem lub płynem itp. oddzielony od klatki piersiowéj, względnie od międzyżebrza.

Ruch ten serca polega na tém, że mięsień sercowy kurczy się jako mięsień niepodlegający woli, nie na podstawie prawideł dla mięśni prążkowanych, lecz na prawidłach, którym podlegają mięśnie gładkie; jestto ruch robaczkowy, rozpoczynający się na podstawie komor, idący skośnie ku końcowi serca, doszedłszy w wirze końcowym serca musi podnieść koniec serca a idąc daléj do mięśni brodawkowych kończy się w tychże. Łatwo pojąć, że w chwili skurczu mięśni brodawkowych skurcz na podstawie serca już ustał. Można sobie to wyobrazić w sposób prosty. Jeżeli sznurek umocujemy na jednym końcu nieruchomo, np. na haczyku w ścianie, a wolny jego koniec w ruch wprowadzimy, to falisty ten ruch skończy się dodatnią falą w miejscu do haka przytwierdzonym i podniesie się; to samo doświadczenie możemy zrobić batogiem.

Ruch około swéj osi podłużnéj jest dany sercu przez skośny przebieg mięśni.

Nie potrzeba ani odrzutu, ani ruchu dźwigniowego, nie trzeba się wcale uciekać do spłaszczenia łuku aorty i śrubowego obrotu naczyń. Spłaszczenie łuku, ta najmodniejsza teoryja, jest w sobie saméj błędną, bo jeżeli spłaszczenie łuku aorty ma być wywołane napływem krwi z komory do tętnicy, to napływ ten krwi musi tętnicę wydłużyć odśrodkowo, boby inaczéj tętnica główna treści swéj nie mogła wtłoczyć do tętnic dolnych, musi więc powstać fala dodatnia w tętnicy, która raczéjby serce podnosiła do góry lub od klatki piersiowéj oddalała.

Zwolennicy téj teoryi przytaczają jako dowód owe przypadki patologiczne, w których wedle ich zdania skutkiem tego, że łuk aorty nie może się spłaszczyć, jest brak uderzeń serca, a nawet wciągania systoliczne międzyżebrzy.

Fakty te wcale nie dowodzą tego, że łuk aorty się nie spłaszcza. Brak uderzeń serca może mieć bardzo rozliczne przyczyny, lecz nigdy téj, że łuk aorty się nie spłaszcza; wyliczanie tych przyczyn za dalekoby nas doprowadziło. Wciągania międzyżebrzy systoliczne dowodzą tylko nieprawidłowego położenia serca do przedniéj ściany klatki piersiowéj, jak to udowodniłem jeszcze w roku 1876, a którato teoryja przez nikogo dotąd nie została zbitą i owszem mno-

giemi oględzinami pośmiertnemi w tutejszém prosektoryjum stwierdzoną została.

IV. Jeszcze słów kilka w sprawie t. zw. prób życia noworodka.

Podał
St. Szcz. Zaleski w Dorpacie.

Wkrótce po ogłoszeniu przezemnie w Nrach 31, 32 i 33 *Przeglądu Lekarskiego* z r. 1887 pracy p. t. „Przyczynek do prób życia noworodka," w któréj zwróciłem uwagę na możliwość powstania nowéj próby życia, t. zw. „próby płuc na żelazo" *(Eisenlungenprobe)*, odezwał się w powyższéj sprawie poważny głos prof. Blumenstoka, który uzupełniwszy przewidziane przeze mnie *a priori* ujemne strony rzeczonéj próby kilkoma cennemi uwagami, za co Mu szczerą wdzięczność jestem winien, wyraził zdanie, że próba owa praktycznego zastósowania znaleźć nie może.

Téj strony, t. j. ściśle praktycznéj, podanéj przezemnie próby nie mam wcale zamiaru poruszać, tém mniéj, że sam nie mogę jak tylko bardzo sceptycznie na nią się zapatrywać. Pozwolę sobie jednak zwrócić pobieżnie uwagę, że zdaniem mojém przy wykonywaniu „próby płuc na żelazo" nie „uniemożebnia się prawie zupełnie drugiéj, nierównie ważniejszéj części dochodzenia," lecz ją się tylko ogranicza. Wszak po podwiązaniu płuc można z niemi, bezpośrednio po wyjęciu, wykonać próbę hydrostatyczną, a po zważeniu ich nacinać nawet w miarę potrzeby dla uskutecznienia anatomo-patologicznego dochodzenia, byle zachować pod tym względem przepisy przeze mnie podane. Zresztą możnaby dochodzenie chemiczne żelaza zredukować w ostatecznym razie tylko do jednego płuca. Ograniczenie „drugiéj części dochodzenia" na tém tylko polega, że nie można oddzielnych kawałków poddać badaniu hydrostatycznemu.

Jeżeli ponownie zabieram głos w téj sprawie, to jedynie dla tego, aby podjąć raz jeszcze stronę ściśle i wyłącznie naukową, że się tak wyrażę, teoretyczną méj pracy, będącą punktem wyjścia i zarazem ciężkości badań przeze mnie podjętych. Stronę tę stanowi kwestyja powstawania t. zw. małego, czyli płucnego krwiobiegu.

Według wskazówek podręczników anatomii i fizyjologii, a zwłaszcza medycyny sądowéj, mały krwiobieg rozwijać się ma prawie nagle, z początkiem życia zewnątrzmacicznego. Dla odżywiania tkanki płucnéj służyć ma krew tętnic oskrzelowych; system tętnicy płucnéj nie ma być wcale czynny podczas życia płodowego. Zdanie to apodyktycznie, głoszoném bywa, czy to z katedry, czy podczas dysput naukowych jako dogmat, zaszczepione ono zostało i we mnie jeszcze za studenckich mych czasów przez moich nauczycieli i kierowników. To też i przy podaniu „próby płuc na żelazo" na niém wyłącznie ją oparłem i nikt mi chyba zaprzeczyć nie będzie w stanie, z wyłączeniem, naturalnie, wyjątkowych przypadków, że w razie, jeżeli mały krwiobieg rzeczywiście nagle ma powstawać, ilość krwi, z chwilą oddychania noworodka, a zatém i żelaza w płucach tego ostatniego, znacznie wtedy zwiększoną być musi: tak chce ścisła, nieubłagana, logiczna konsekwencyja. Ta sama logiczna konsekwencyja wymagać każe, że w razie, gdyby w płucach oddychającego noworodka ilości żelaza miały być mniéj lub więcéj równe ilościom żelaza podczas ostatnich dni życia płodowego, dogmatycznie głoszone zdanie o nagłém powstawaniu małego, czyli płucnego, krwiobiegu obalone być musi bezwarunkowo.

Praca moja miała na względzie przedewszystkiém podjęcie i zachęcenie do rozstrzygania tego dylematu, a następnie dopiero do wyprowadzania dalszych konsekwencyj. Sama przez się nie rozstrzyga ona bynajmniéj kwestyi czasu powstawania rzeczonego krwiobiegu wprost dla tego, że opartą jest na względnie niewielkiéj liczbie spostrzeżeń. Nadto rozstrzygać mogą w tym względzie tylko takie porównawcze rozbiory, które się odnoszą z jednéj strony do płuc donoszonego płodu, zmarłego bądź w chwili porodu, bądź na krotko przed porodem, a z drugiéj do płuc donoszonego dziecka, zmarłego zaraz po porodzie. Z powodu braku odpowiedniego materyjału tu, w Dorpacie, pomimo najusilniejszych starań, mogłem przytoczyć tylko jeden przypadek tego rodzaju (*cf.* Nr. IV i V moich spostrzeżeń), niezasługujący wszelako także na miano typowego, ponieważ poród żywo-urodzonego dziecięcia był przedwczesny, a na martwo-urodzoném wykonywano wahania Schultzego. W tymto właśnie razie różnice pomiędzy ilościami żelaza dla płuc, odpowiadających wewnątrz- i zewnątrzmacicznemu życiu, przedstawiają się bardzo niewielkiemi, a mianowicie: 0,0133%, czyli $^{66}/_{5000}$% dla suchéj istoty (nadmiar u dziecka żywourodzonego) i 0,0002%, czyli $^{1}/_{5000}$% dla świeżéj (nadmiar dla dziecka martwo (!) urodzonego). Najbliższy wniosek, jaki nasuwa powyższe spostrzeżenie, jest bezwątpienia ten, że w miarę postępu życia wewnątrzmacicznego coraz więcéj krwi, a zatém i żelaza, do płodowych płuc się dostaje, że przyrost ten jest stosunkowo wyższy, aniżeli rozwój saméj tkanki płucnéj i dla tego właśnie od dowozu inną drogą, aniżeli przez tętnice oskrzelowe, zależnym być się zdaje.

Również objektywnie, jak do praktycznego zastósowania méj próby, odniosłem się w swéj pracy i do czasu powstawania małego krwiobiegu. Jako na metodę, służącą do rozstrzygnięcia téj wątpliwości, obok dalszych porównawczych badań płuc na żelazo, wskazałem potrzebę poddania płuc płodowych doświadczeniom na sposób Kraskego, co bardzo być może, że i tu, w Dorpacie, wykonaném zostanie.

W obecnéj chwili rad jestem sposobności, że mogę się podzielić z kolegami tém, co widziałem bezpośrednio na embryjologicznych preparatach płuc zwierząt, łaskawie mi na mą prośbę udzielonych przez prof. Al. Rosenberga już po ogłoszeniu poprzedniéj méj pracy. Na preparatach tych, przedstawiających zabarwione krążki krwi i odnoszących się do późniejszych okresów rozwoju psa i kota, widzieć mogłem wyraźnie, że naczynia odpowiadające systematowi tętnicy płucnéj i jako takie, towarzyszące wszędzie drogom oddechowym większego i mniejszego kalibru, zawsze bywały wypełnione krwią, zkąd wniosek oczywisty, że u zwierząt już podczas życia płodowego mały krwiobieg, jeżeli fizyjologicznie nie czynny, jest przynajmniéj o tyle rozwinięty, że krew się doń dostaje i w nim krąży. Przypuszczać należy, że krew ta służy do odżywiania tkanki płucnéj, niedostatecznie zapewne odżywianéj przez tętnice oskrzelowe. Więcéj niż prawdopodobném być się wydaje, że te same stosunki właściwemi być muszą i dla człowieka, czego jednak dotąd z powodu braku materyjału stwierdzić nie mogłem.

W obec wyników powyższych badań mikroskopowych, jak również okoliczności, że wahania pomiędzy ilościami żelaza dla płuc dzieci donoszonych i obumarłych na krótko przed porodem i po porodzie są stosunkowo niewielkie, a wreszcie faktu, że średnia ilość żelaza w suchéj istocie

płuc martwo narodzonych 8-miesięcznych płodów wynosi 0,0782%, gdy płuca donoszonego płodu wykazują 0,0965%Fe (*cf.* Tabl. poprzedniéj pracy), zkąd bezpośrednio wypływać się zdaje, że w miarę wieku płodu zwiększa się procentowa ilość żelaza w jego płucach, biorąc to wszystko pod uwagę, skłonny jestem utrzymywać, że mały krwiobieg istnieje już i nie zachowuje się bynajmniéj obojętnie podczas wewnątrzmacicznego życia, że zatém zakorzeniony i powszechnie głoszony dogmat o jego nagłym rozwoju z chwilą przyjścia na świat dziecięcia jest li tylko gołosłowném twierdzeniem stojącém w sprzeczności z wyżéj wyłuszczonemi fizyjologicznemi faktami.

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija ogólna.

J. Strauss i P. Blocq: **Badanie doświadczalne nad marskością wątroby z powodu przewlekłego zatrucia wyskokiem.**

Jakkolwiek spostrzeżenia kliniczne oddawna już wykazywały, że przewlekłe zatrucie wyskokowe odgrywa wielką rolę patogeniczną w przypadkach marskości wątroby, autorowie sądzą, że prace doświadczalne w tym kierunku nie są zbyteczne już z téj przyczyny, iż w przebiegu marskości wątroby często co innego za powód choroby uważać można, a z drugiéj strony często nałogowi pijacy umierają w późnym wieku nie okazując wcale ważnych zboczeń w wątrobie. Do doświadczeń używali autorowie królików, którym za pomocą zgłębnika elastycznego wprowadzali oznaczoną stopniowo coraz większą ilość rozcieńczonego alkoholu etylowego i amylowego do żołądka, uważając tę drogę za najodpowiedniejszą, zwłaszcza, że u zwierząt tych żołądek bywa najczęściéj pełnym, w skutek czego wyskok nie działa podrażniająco na błonę śluzową żołądka. Dawka codzienna wyskoku wynosiła koło 7 gramów na jeden kilogram wagi ciała, co odniesione do człowieka średniéj wagi wynosiłoby mniéj lub więcéj pół litra bezwodnego wyskoku. Pomimo wszelkich ostrożności wielka część królików ginęła w pierwszych miesiącach zatrucia, głownie z powodu zapalenia płuc wywołanego dostaniem się wyskoku do tchawicy. U tych zwierząt najważniejsze zmiany znajdowali autorowie w żołądku, który przedstawiał obraz ostrego zapalenia błony śluzowéj. U królików zaś, które autorowie zdołali dłużéj przy życiu zachować, zmiany w błonie śluzowéj żołądka były mniéj wybitne, a były podobne do zboczeń, które spotykamy w przebiegu zapalenia żołądka, spostrzeganego u pijaków, natomiast ważne zboczenia od stanu prawidłowego przedstawiała wątroba. Wprawdzie na pierwszy rzut oka trudno było zauważyć jakieś zmiany patologiczne w wątrobie, bo oprócz lekkiego stwardnienia przedstawiała się zupełnie prawidłową, badając jednak ten narząd pod mikroskopem, spostrzegali S. i B. zmiany ważne i rzucające światło na sprawę powstawania marskości wątroby.

Pierwsze ślady zmian w wątrobie ukazują się u królików już po trzech miesiącach podawania wyskoku, lecz zmiany te są bardzo nieznaczne. Daleko wybitniejsze są one u królików, którym przez dłuższy czas podawano wyskok, a u zwierzęcia ulegającego zatruciu przez siedm i pół miesiąca przedstawiają się w sposób następujący: Podział na zraziki występuje bardzo wyraźnie, gdyż naokoło każdego znajduje się na kształt wieńca gromada komórek embryjonalnych, wśród których gdzieniegdzie spotkać można cienkie włókienka tkanki łącznéj. Sprawa ta tworzenia się młodéj tkanki rozciąga się wszędzie w przebiegu pochewki Glissona, najwybitniéj jednak występuje około naczyń średnich i najmniejszych rozmiarów, tkanka łączna zaś, otaczająca grubsze pnie naczyń i przewodów, jest stosunkowo mniéj komórkami embryjonalnemi przesiąkłą. Zjawisko to tłumaczą autorowie tém, że alkohol dopiero wtedy silniejszy wpływ na tkankę wywiera, gdy dostanie się do wąskich naczyń, w których krążenie jest znacznie zwolnione. Komórki wątrobowe tak pod względem własności fizycznych jak i chemicznych nie różnią się niczém od prawidłowych, charakterystycznem jednak jest, że w wielkiéj liczbie komórek przybrzeżnych znajdują się po dwa, a czasem po trzy jądra. Ponieważ powstająca tkanka wtłacza się między komórkami wątrobowemi w głąb zrazika, zdarza się często, że jedna lub kilka komórek zostaje zupełnie oddzielonych i tkanką łączną otoczonych. Tak odosobnione komórki wątrobowe odgrywają rolę zupełnie bierną i nie biorą wcale czynnego udziału w sprawie wytwarzania się marskości wątroby, jak to mylnie sądzą Kiener, Kelsch i Hamilton, którzy twierdzą, że komórki wątrobowe mogą się stopniowo w komórki tkanki łącznéj zamienić. Wśród tych komórek, które zachowują wszystkie swe własności komórek wątrobowych, znajdują się często ciałka białe; niektóre z tych komórek są przepełnione białemi ciałkami, inne wreszcie są spłaszczone i scienczone w skutek ucisku tkanki nowo się wytwarzającéj. Zmiany te występują w całym miąższu wątroby, w niektórych jednak częściach narządu a mianowicie w brzegach cienkich i w płacie lewym są najwyraźniejsze, zupełnie jak w marskości wątroby u człowieka. Badając przepełnienie okołonaczyniowéj tkanki młodemi komórkami, nie znaleźli autorowie między ilością komórek otaczających rozgałęzienie żyły wrotnéj, a ilością komórek około przewodów żółciowych się znajdujących żadnéj różnicy Prócz tego zwracają S. i B. uwagę na okoliczność już przez innych autorów spostrzeżoną, że układ żył wątrobowych nie był zupełnie przez sprawę chorobową zajęty. U królika, który zatrucie najdłużéj (rok) zniósł, zmiany w wątrobie były prawie takie same jak powyżéj opisane, aczkolwiek w stopniu wyższym.

Z doświadczeń tych wynika, że zatrucie wyskokowe przewlekłe u królików sprowadza pewne zmiany w wątrobie, polegające na obfitym nacieku tkanki łącznéj okołozrazikowéj komórkami płodowemi i że nawet u zwierząt, które poddawano rok cały zatruciu temu tkanka nowowytworzona w wątrobie zatrzymała jeszcze cechę płodową, nie okazując wcale skłonności do przejścia w tkankę włóknistą. Ale właśnie te okresy początkowe marskości są bardzo pouczające, zwłaszcza, że rzadko są przystępne badaniu anatomicznemu, a jeszcze rzadziéj występują w stanie czystym. Daléj wnioskują autorowie, że marskość wątroby u człowieka jak i u zwierząt początkowo jest jednozrazikową, a w dalszym przebiegu dopiero sprawa wytwarzania się tkanki łącznéj przeważa koło grubszych pni naczyń i w przestworach odgraniczających liczniejsze grupy zrazików. Wreszcie podnoszą autorowie tę okoliczność, że u żadnego z tych zwierząt, na których doświadczenia powyższe robiono, nie znaleźli ważnych zboczeń, ani w nerkach ani téż w sercu i grubszych naczyniach, w skutek czego rola, którą przypisują alkoholizmowi przewlekłemu w chronicznem zapaleniu nerek, osobliwie w chorobie Brighta, staje się bardzo wątpliwą. (*Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1887, Nr. 7, str. 409—435).

A. B.

Farmakologija.

Prof. Bergeon (Lyon): **O leczeniu za pomocą „lavement gazeux.“**

Natrysków gazowych do odbytnicy nie należy zdaniem Bergeona stósować w nagłych i znacznych krwotokach z płuc i za daleko już posuniętych zmianach gruźliczych w płucach, w takich bowiem przypadkach kwas węglowy gromadzi się we krwi, bo nie może być przez zmniejszoną powierzchnię płuc należycie wydalony; rozszerzenia tętniakowe naczyń głównych w klatce piersiowéj, lub znaczniejsze w nich zmiany miażdżycowe i daleko posunięta ciąża powinny wpłynąć na dokładne zastanowienie, czy należy wprowadzać gazy przez odbytnicę lub nie. B. doświadczał swojéj metody leczenia w różnych chorobach. Dwa lub trzy razy dziennie wstrzyknięty kwas węglowy wysycony dwusiarczkiem węgla albo przepuszczony przez wodę zawierającą siarkę zmniejszał napady krztuśca, już w piątym dniu leczenia; u jednego chorego, dotkniętego krztuścem, widział już po pięciu posiedzeniach znaczne polepszenie. W przypadkach dusznicy nie stanowi żadne jéj towarzyszące zaburzenie przeciwwskazania do leczenia metodą Bergeona. Do wyników dodatnich pod tym względem doszedł nie tylko sam autor ale i Chantemesse i Cohen. Zupełnie zadowolonym był B. z leczenia gruźlicy swoją metodą, nie tylko że chorzy czuli się po pierwszych wlewaniach gazów znacznie lepiéj, byli swobodniejsi, oddechali lżéj, ale można było z czasem i przedmiotowo wykazać poprawę, ilość prątków w plwocinach zmniejszyła się, naciek w płucach u wielu chorych nie posuwał się daléj, plwociny stawały się skąpsze, gorączka niekiedy zupełnie ustępowała. B. przytacza dwa przypadki, w których nastąpiło polepszenie, chłopiec jeden żyje w Londynie zdrów, drugi urzędnik w Paryżu, oddaje się zwykłemu swemu zajęciu nie okazując żadnych zmian chorobowych. Tego drugiego przedstawił B. na posiedzeniu Tow. lek. paryskiego. Niebezpieczeństw po stosowaniu tego sposobu leczenia nie należy się obawiać, jeśli się go tylko stósuje ostrożnie i z dobrego przyrządu. Chora Dra Paula, któréj przez pomyłkę wstrzyknięto około 60gr. czystego dwusiarczku węgla, przyszła wkrótce do siebie, doznawszy tylko przez krótki czas dość silnych bólów i kurczów macicy, palenia w gardle i nudności. (*Allgem Wien. med. Ztg.* 1887, Nr. 42, 43, 44). *H. K.*

Regnault: **Zastósowanie chlorku kokainowego w chorobie morskiéj.**

W podróży swéj do Brazylii autor stósował kokain przeciw chorobie morskiéj i obserwował działanie jéj tak na sobie, jak i na kilku innych podróżnych. Z obserwacyj tych wynika, że podawanie kokainu w słabym rozczynie (1:1000), choćby w dawkach znacznych, jak 0,1—0,3, nie odnosiło w przypadkach wielkiego nasilenia choroby żadnego skutku, podczas gdy rozczyn dziesięć razy silniejszy wprowadzony do żołądka lub wstrzyknięty pod skórę usuwał chorobę morską, tak że po kilku dawkach chory nietylko nie wymiotował, lecz mógł nawet jeść i przechadzać się. Stan ten polepszenia trwał jednak tylko do ośmiu godzin.

Autor sądzi, że działanie kokainu jest czysto miejscowe, że znieczula on błonę śluzową żołądka: z tego też powodu rozczyny silne mają wyższość nad słabemi. Okoliczność ta stoi w sprzeczności z obecnie przyjętą teoryją, przypuszczającą, że przyczyną choroby morskiéj jest wstrząśnienie cieczy mózgo-rdzeniowéj, a przemawia za dawném twierdzeniem Keraudrena, który sądził, że ocieranie się trzew brzusznych o siebie wywołuje owe kurcze żołądka.

Podobnież usuwa kokain uporczywe wymioty występujące podczas ciąży, w tych przypadkach, gdy wszelkie inne środki — nawet morfin — okazały się bezskutecznemi. (*Le Progrès médical.* Nr 37, 1887). *A. B.*

Vamossy: **Gliceryna jako lawatywa wypróżniająca.** Bardzo gorąco polecany środek tajny Oidtmana *purgativ* stał się ulubionym u publiczności. Anacker przekonał się, że najznaczniejszą jego częścią składową i głównie działającą jest gliceryna. V. chciał się przekonać, o ile czysta gliceryna sama działa, badał w tym kierunku 150 chorych obojéj płci, z rozmaitemi cierpieniami: ze zwykłym zastojem kałowym, ostremi gorączkowemi i przewlekłemi nieżytami jelit, u chorych operowanych i innych. Do odbytnicy wstrzykiwał za pomocą strzykawki zaopatrzonéj w długą rurkę nasadową (5 cm.) 2 cm. sześć. gliceryny. Stolec następował już w 1 2 minut po wstrzyknięciu środka, tylko u kilku chorych dotkniętych udarem mózgowym wypróżnienie nastąpiło dopiero w jednę lub dwie godziny. V. przekonał się, że im więcéj było kału nagromadzonego w jelitach, tém szybciéj działała gliceryna. Działanie jéj tłumaczy tém, że gliceryna ma wielką zdolność pochłaniania i odciągania wody, sprowadza tym sposobem przekrwienie w dolnych częściach jelita grubego, a to znowu na drodze odruchowéj pobudza jelita do żywszego ruchu robaczkowego; za tém przemawia i uczucie przelewania się płynów i kruczenie w brzuchu opisywane przez chorych. (*Wiener med. Presse* 1887, 48). *H. K.*

Dr. Petersen. Kanadol, inaczéj gazolin lub *aether petrolei*, jest główną składową częścią hexanu (C_6H_{14}). Używany już w r. 1880 przez prof. Wunderlicha w Lipsku przeciwko gśćcowym cierpieniom, a przez Simpsona jako środek miejscowo znieczulający, był znowu polecony w nowszych czasach przez Dra Pluszkowa (*Wracz* Nr. 28). Dr. Petersen stósował go przy nieznacznych zabiegach chirurgicznych i rozpylając go za pomocą przyrządu Richardsona rzeczywiście wywoływał miejscowe znieczulenie, lecz niezupełne. Jestto środek bardzo tani (funt 18 kop.), lecz woni dość nieprzyjemnéj, co jednak nie przeszkadza używać go przy małych operacyjach. Dr. Petersen działania zamrażającego nie mógł wywołać, a i doświadczenia robione w Aleksandryjskim szpitalu również to potwierdziły. (*Wracz* Nr. 46). *Dr. J. S.*

(*H. K.*) Roese (Hamburg) poleca przeciw błonicy olejek terpentynowy trzy razy dziennie po jednéj łyżeczce, oprócz tego podaje co 2 godziny łyżkę 2% rozczynu salicylanu sodu; nadto płukanie gardła chloranem potasowym i połykanie kawałków lodu. Z leczenia tego był bardzo zadowolony. Tylko 5% dzieci umierało. (*Therap. Monatshefte* 10).

(*H. K.*) Niedawno temu polecił Goll *thallinum tartaricum* jako znakomity środek przeciw wiewiórowi. Obecnie potwierdza to podanie Golla Kreiss, który za pomocą doświadczenia wykazał, że gonokoków w odżywkach zaprawionych winianem talinowym wcale hodować nie można. Poleca on do wstrzykiwań 1—1½—2% rozczyn; rozczyn silniejszy już drażni cewkę.

(*H. K.*) Przeciw poceniu się nocnemu suchotników polecają obecnie podskórne wstrzykiwania rozczynu pikrotoksyny $^1/_{130}$—$^1/_{65}$ grana, szczególnie w tych przypadkach, w których nas już atropin, chinin i ergotyn zawiodły. (*Deutsch. med. Wochenschrift* 1887, 43).

(*H. K.*) W *Corresp. Bl. f. Schw. Aerzte* 1887 poleca Sahli przeciw gruźlicy podawanie gwajakolu zamiast kreozotu, którego stanowi najważniejszą część składową. S. przepisuje ten środek: Rp. *Guajacoli purissimi* 1·2—2·0, *Aq. dest·*

180·0, *Spir. vini* 20·0 *MD. in vitr. nig.* S. 2—3, dziennie łyżeczkę lub łyżkę w szklance z wodą popijać po jedzeniu.

(H. K.) Hare poleca podawanie tranu rybiego w mięszaninie z solami żółciowemi (taurocholan i glykocholan sodowy) jużto w celu pokrycia nieprzyjemnéj jego woni, jużto dla przyspieszenia wchłaniania go. W przypadkach, w których dzieci leku *per os* brać nie chciały, wcierał go w powłoki zewnętrzne i tu także okazało się skuteczniejszém wcieranie podanéj mięszaniny niż wcieranie czystego tranu rybiego. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, 46).

β. **Kwas mlekowy w biegunce** zielonéj stósuje Vigier w następującéj formie:

Rp. *Ac. lactici* 2·0
Syrupi simpl. 98·0
Ol. citr. guttam

MDS. 4—5 łyżeczek od kawy dziennie w odrobinie wody.

Syrup ma smak zupełnie syrupu cytrynowego. (*Deutsche med. Ztg.* 1887).

Medycyna wewnętrzna.

E. Brand: **O dzisiejszym stanie hydroterapii duru.**

B. zaprzecza mniemaniu, jakoby t. z. przeciwgorączkowe leczenie duru, (t. j. używanie środków przeciwgorączkowych w połączeniu z kąpielami chłodnemi) było to samo, co jego leczenie wodą i określa ostatnie jako postępowanie, w którém przez kąpiele tak chłodne, że podniecają, i tak długo trwające, że ciepła ujmują, sprawa durowa zostaje zwalczoną i przez powtarzanie zabiegów utrzymaną zostaje na stopniu duru lekkiego (*Typhus levis*). Działanie tych kąpieli polega na tém, że, po pierwsze chorzy durem dotknięci przestają przez niejaki czas gorączkować, po drugie czynność narządów powraca, a po trzecie, przemiana materyi zwalnia się. Jeżeli te kąpiele po ustaniu ich działania, t. j. po 2—3 godzinach, zawsze się powtarza, to można osiągnąć po jedno- do czterodniowém leczeniu, że początkowa wysoka gorączka zamienia się na lekką i to przez wpływanie na samą sprawę. Już pierwéj jednak zostaje usuniętym lub w rozwoju zatrzymanym cały szereg zboczeń czynności (ustąpienie objawów mózgowych, zapalenia oskrzeli i płuc, ocieklin, zarówno jak objawów ze strony brzucha itd.), tak, że właściwie pozostaje jeszcze nieznaczna gorączka, lekki nieżyt oskrzelowy, różyczka i obrzęk śledziony. Na podstawie dwóch sekcyj dochodzi B. do wniosku, że w takich przypadkach choroba nie postępuje do owrzodzenia gruczołów jelitowych, lecz ogranicza się do nacieku. Wskazanie, któremu B. chce swoim sposobem leczenia zadość uczynić, opiewa: zwalczenie sprawy durowéj, o ile można, jak najwcześniéj, zapobieżenie zaostrzeniu przez dzień i noc, od początku do końca i usunięcie zaburzeń w czynnościach narządów. Leczenie wodą w durze wykonywa się w następujący sposób: co 3 godziny kąpiel o ciepłocie 15°R. przez 15 minut, dopóki ciepłota ciała przekracza 39°C., zlewania zimne i często zmieniane okłady brzuszne. Gdzie istnieją zaburzenia czynności bez znacznego podniesienia ciepłoty, podnieca się tylko za pomocą zimnych zlewań w letniéj półkąpieli. Rzeczą bardzo ważną jest rozpoczęcie leczenia przed upływem czwartego dnia. Nareszcie dowodzi B. cyframi na podstawie liczb śmiertelności przy rozmaitych sposobach leczenia korzyści swego sposobu, a mianowicie kładzie nacisk na to, że sztuczne usunięcie wysokiéj gorączki za pomocą środków przeciwgorączkowych w durze nie ma żadnego celu, owszem używanie tych środków jest wprost szkodliwe. (*Allgem. mediz. Central-Zeitung*, 1887, Nr. 79). *Dr. R. Spira.*

Uwagi do pracy Freunda: **O składzie popiołu krwi gruźliczych.**

W *Intern. klin. Rundschau*, 1887, Nr. 42 znajdujemy następujące uwagi, odnoszące się do badań Freunda co do składu popiołu krwi w gruźlicy (obacz sprawozdanie w Nrze 44 Przegl. Lek.), które w obec ważności tego przedmiotu zapewne zainteresować zdołają czytelników Przeglądu. Wyniki rozbiorów F. nie są w całości nowe, lecz stwierdzają częściowo już oddawna znane szczegóły: co do wniosków zaś, które z nich mają się dać wysnuć, to nie są one wcale uzasadnione. Pomysł, wywierania wpływu za pomocą odosobnionych chemicznych czynników, według zasad chemicznych, na nieprawidłowość krwi, nie jest nowy, owszem był podstawą chemicznego sposobu leczenia (chemiatryi) już w dawnych czasach. Wtedy *acrimoniae acidae* i *lixiviae* opanowały patologię i używano środków alkalicznych przeciw kiśnieniu kwaśnemu i na odwrót. Z dalszym rozwojem chemii wystąpiły też zmiany w poglądach patologicznych. Co do suchot przedewszystkiém, to F. Churchill usiłował leczyć tę chorobę sposobem chemicznym i ogłosił w połowie bieżącego wieku pracę p. t.: „O bezpośredniéj przyczynie gruźlicy i o środku swoistym przeciw niéj“. Główne zasady Churchilla są: „Bezpośrednią przyczyną albo przynajmniéj najistotniejszym warunkiem powstania gruźlicy jest zmniejszenie ilości fosforu w ciele. Swoistym lekiem téj choroby jest przetwór fosforu, który ma dwojaką własność, że może bezpośrednio być przyswojonym i że równocześnie znajduje się w niskim stopniu utlenienia. Podfosforany sodu i wapna najlepiéj zdają się dotąd w sobie jednoczyć obydwa te warunki. Te przetwory działają bezpośrednio na usposobienie gruźlicze i usuwają z zadziwiającą szybkością wszystkie objawy właściwe gruźlicy“. Pokazało się jednak, że to nie jest rzeczą tak prostą i łatwą, jakby się wydawało z stanowiska chemicznego i niebawem porzucono ten sposób leczenia, tém bardziéj, że przekonano się, iż wielkie dawki potasowców działają wprost szkodliwie w gruźlicy, sprzyjając powstaniu charłactwa. Nieuprzedzone spostrzeżenia wkrótce pouczą o wartości tego najnowszego sposobu chemiatrycznego leczenia suchot. *Dr. R. Spira.*

Wyleczenie szybkie pląsawicy antipyrinem. Dr. Legroux opisuje sześć przypadków pląsawicy wyleczonych antipyrinem i na podstawie tego uważa ten środek jako najpewniejszy i najszybciéj działający w téj chorobie. Przy tym sposobie leczenie trwało od sześciu do dwudziestu siedmiu dni, podczas gdy przy używaniu innych środków trwa 70 do 90 dni. Legroux zaleca rozczyn 1 grama antipyrinu oczyszczonego w 60 gramach *syropi aurant. cortic.*, bądź rozcieńczony wodą, bądź bez niéj. Ta dawka powtarza się 3 razy dziennie. (*Le semaine medicale*, 1887, Nr. 52). *P....i.*

Chirurgija.

Fehleisen: **Podwiązanie obu tętnic językowych z powodu wrodzonego przerostu języka.**

Na myśl zastósowania tego sposobu leczenia przerostu języka naprowadziły autora dwie okoliczności, mianowicie nieskuteczność wszystkich dotąd próbowanych zabiegów, gdyż jedyny zabieg rzeczywiście skuteczny, t. j. klinowate wycięcie języka, u małych dzieci nie da się zastósować, powtóre dobre skutki, jakie prof. Bergmann miał po podwiązaniu tętnicy udowéj w słoniowatości podudzia. Dotąd operował autor tym sposobem w jednym przypadku. Było to dziecko 13 miesięczne, u którego język na 1 ctm. po za wargi wystawał. U dziecka tego podwiązał obie tętnice sposobem Pirogowa. Na

drugi dzień język był prawie prawidłowych rozmiarów, jednak trzeciego dnia znowu się powiększył i był sino zabarwiony. Dopiero po tygodniu zabarwienie to ustąpiło i język zaczął się powoli ale stale zmniejszać.

Obecnie po upływie roku sięga język tylko do szpary pomiędzy zębami przy spokojnem zachowaniu się dziecka. Dziecko może już jeść i niektóre wyrazy wymawiać. Chociaż język nie wrócił do prawidłowych rozmiarów, to jednak zabieg okazał się skutecznym, a ze względu na to, że niebezpieczeństwa przy téj operacyi nie ma, zdaje się autorowi sposób ten godnym dalszych prób. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1887 Nr. 50). *Dr. Rościszewski.*

Madelung: **O krwotokach do śródpiersia po zranieniu tętnicy przymostkowéj wewnętrznéj.**

Po zranieniu tętnicy przymostkowéj wewnętrznéj może tylko bardzo rzadko przyjść do wytworzenia się większego krwiaka tętniczego, gdyż jeżeli równocześnie zranione jest serce lub większe naczynia klatki piersiowéj, chorzy wkrótce umierają, jeśli zaś zostanie przebita opłucna żebrowa, powstaje odma piersiowa a następnie w skutek krwotoku z tętnicy ranionéj otok krwawy opłucnowy; w przypadkach zaś, w których ani przestwory surowicze, znajdujące się w klatce piersiowéj, ani wielkie naczynia nie zostały uszkodzone, a rana zewnętrzna jest znaczną, wylewa się krew na zewnątrz. Krwiak śródpiersia wytworzyć się może tylko w tych przypadkach, w których rana w klatce piersiowéj jest bardzo małą lub przebiega skośnie, jeźli nadto narzędzie prócz zranienia tętnicy przymostkowéj zresztą żadnych ważniejszych części nie uszkodziło, wreszcie jeźli rana w tętnicy samoistnie się nie zamknie.

W całéj literaturze jest dotąd opisany tylko jeden przypadek taki, mianowicie przez H. de Montègre (*Diss. sur les plaies pénétrantes de la poitrine et les lésions du coeur. Thèse de Paris* 1836 p. 19). Przypadek ten zakończył się niepomyślnie. W ostatnim czasie spostrzegł autor chorego z krwiakiem śródpiersia i podaje historyję choroby tegoż. Chory ten poniósł około pierwszéj godziny w nocy z drugiego na trzeci września kilka pchnięć nożem, mianowicie w głowę, w brzuch i klatkę piersiową. Do szpitala przywieziono go nazajutrz o 9 wieczorem. Przy badaniu znaleziono prócz innych obrażeń ranę na klatce piersiowéj równolegle do trzeciego prawego żebra przebiegającą, dwa ctm długą. Zaczynała się ona tuż koło mostka. Żebro było na dnie rany widoczne i o ile było można dojrzeć nienaruszone; z rany téj nie wypływała krew. Badanie nie wykazywało żadnych zmian w sercu i prawém płucu, czynności tych narządów były także prawidłowe. W ranę założono sączek, następnie zeszyto ją i opatrzono chorego, który był przez kilka dni pobytu w szpitalu spokojny. Dopiero 13 września zaczął się skarżyć na bóle w klatce piersiowéj, tudzież na trudność przy oddechaniu Wieczorem tego dnia nastąpił z rany silny krwotok, który ustał po zdjęciu opatrunku. Czternastego i piętnastego września o téj saméj godzinie krwotok się powtórzył, chory był wskutek tego silnie osłabionym. Trzeba było bądź co bądź temu zapobiedz, toteż szesnastego września otworzono wśród znieczulenia ranę. Pokazało się, że chrząstka trzeciego żebra była tuż koło mostka przeciętą, a gdy oddalono skrzepy, wytrysnął silny prąd krwi tętniczéj. Wyciął więc autor szybko 3 ctm. długi kawałek trzeciego żebra i przez to otworzył w śródpiersiu jamę wielkości gęsiego jaja. Po zatamponowaniu téj jamy odpreparował skórę idąc na dół od rany z mostka i żeber i wyciął 3 ctm. długi kawałek czwartego żebra także koło mostka. Przy wyjmowaniu tego kawałka dostało się powietrze do worka osierdziowego, który, jak autor przypuszcza, został także zraniony przy uderzeniu nożem, ranka ta późniéj się zasklepiła, a teraz znowu otworzyła. Natychmiast założył tampon jodoformowy, przez co zamknął otwór w worku osierdziowym i nie dopuścił tam krwi. Przy całéj téj operacyi płynęła krew tak obficie, pomimo ciągłego tamponowania, że autor przez chwilę się namyślał, czy też samo serce nie jest przecięte.

Miejsce krwawiące leżało jeszcze niżéj i nie można go było wykazać. Nie mając czasu ani chęci do wycięcia piątego żebra podwiązał autor szybko w przestworze międzyżebrowym pomiędzy piatém a szóstém żebrem tętnice przymostkowe i krwotok ustał. Ranę wypełniono gazą jodoformową. Odtąd stan chorego zaczął się poprawiać i wkrótce chory miał się zupełnie dobrze, tak że wyszedł wyleczony.

W końcu zwraca autor uwagę na to, że krwotoki z tętnicy przymostkowéj są bardzo niebezpieczne z powodu licznych połączeń téjże tętnicy, które utrudniają wytworzenie się skrzepów i przez to samoistne ustanie krwotoku. Z tego powodu radzi autor w razie krwotoku tętnicę zaraz podwiązać, a gdyby w ranie nie można jéj znaleźć, natychmiast uciec się do wycięcia żebra; jestto bowiem operacyja nie tak znaczna, a przez nią można uzyskać dobry dostęp do tętnicy i przez podwiązanie groźny krwotok zatamować. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1887, Nr. 47). *Dr. Rościszewski.*

Choroby dzieci.

Dr. Sonnenberger (Wormacyja): **O nowym sposobie leczenia krztuśca.**

Jedną z najdokuczliwszych, najuporczywszych i najtrudniejszych do zwalczenia chorób wieku dziecięcego jest krztusiec. Wielka jest liczba środków zalecanych przeciw téj chorobie, ale wszystkie prawie zawodzą. S. podaje środek, o którego wybitnéj skuteczności miał sposobność przekonać się w dwóch epidemijach, z których jedna była bardzo złośliwa. Pomyślny skutek chininu, który z powodu nieprzyjemnego smaku trudno często podawać dzieciom, naprowadził Sonnenbergera na myśl próbowania antipyrynu, który posiada pewne podobieństwo do chininu. Małym dzieciom podawał po 0,01, starszym i dorosłym po 0,5—1, 3 razy dziennie po proszku (względnie czwarty proszek w nocy) w odrobinie wody albo w soku malinowym; nawet większą dawkę można przepisać bez szkody. S. uważa za rzecz ważną, żeby dzieci zażywały antipyryn bez przerwy, bo w przeciwnym razie choroba znowu się wzmaga, można go podawać przez tygodnie. Najpomyślniejsze skutki osiągnął autor, gdy mógł używać tego środka zaraz w początku choroby, ale widział również dobre skutki na szczycie choroby i wśród niepomyślnych hygijenicznych warunków. W późniejszych okresach choroby, niedługo po zażyciu pierwszego proszku, napady stawały się mniéj silnemi, wykrztuszenie śluzu łatwiejszém. Po kilku dniach napady były rzadszemi, a choroba przebiegała mniéj burzliwie, niż poprzednio. W kilku przypadkach zdawało się, że antipyryn w pierwszych dniach podawania zupełnie zawodzi, ale wkrótce skutek się pokazał, jeżeli go wytrwale daléj podawano. Dzieci brały go zaraz bez wstrętu, nierzadko podnosiło się łaknienie i odżywienie, upadku sił nigdy nie zauważono. Powikłanie wystąpiło 5 razy: dwa razy zapalenie płuc, z których jedno skończyło się śmiercią a 3 razy gruźlica, z pomiędzy których 2 przypadki były dziedzicznie obciążone. Dalsze doświadczenia mają wyjaśnić, jakim sposobem antipyryn działa, czy pora

żając mikroorganizmy krztuśca, albo zabijając je. (*Deutsche mediz. Wochenschrift* 1887, Nr. 14). *Dr. R. Spira.*

VI. Dr. Jan Jędrzejewicz. [1])

Z sercem zbolałém i łzą szczerego żalu zapisujemy w księdze strat narodowych zgon jednego z najdzielniejszych ludzi, dla którego sumienne spełnianie obowiązków było zadaniem całego życia, a nauka ukochanym ideałem. Dnia 19 grudnia r. b. zmarł na tyfus po długich cierpieniach i ciężkiéj walce ze śmiercią Dr. Jan Jędrzejewicz, lekarz od lat 25-ciu w mieście Płońsku osiadły, współpracownik pism lekarskich i przyrodniczych, oraz specyjalnych publikacyj astronomicznych zagranicznych, autor dzieł, członek Towarzystwa lekarzy Płockich, znany całéj naszej inteligencyi prelegent, astronom i meteorolog, założyciel obserwatoryjum astronomicznego i stacyi meteorologicznéj w Płońsku. Choroba, która go przed 6ciu tygodniami po raz wtóry w życiu o łóżko powaliła, miała zrazu przebieg prawidłowy; przed dwunastu jednak dniami już w okresie bliskim konwalescencyi nastąpiło nagłe pogorszenie, którego organizm wyczerpany ciągłą pracą i sterany bryczkową prowincyjonalną praktyką nie mógł przenieść. Pojawienie się obszernych odleżyn i zgorzeli podniebienia, nie pozwalały się więcéj łudzić myślą o wyzdrowieniu ś. p. Jana, który téż życie zakończył mając lat 52. Chociaż na dotkliwy ten cios prawie wszyscy byliśmy przygotowani, wiadomość jednak o śmierci Dra Jędrzejewicza padła jak grom odzywając się bolesném echem w sercu całego naszego społeczeństwa. Lekarze opłakują w nim zacnego kolegę i chlubę swego zawodu; przyrodnicy i astronomowie niestrudzonego współpracownika; instytucyje filantropijne wytrawnego prelegenta, chorzy biegłego lekarza i człowieka pełnego poświęceń.

Ś. p. Jan Jędrzejewicz urodził się w r. 1835 w Warszawie. Po skończeniu gimnazyjum realnego w rodzinném mieście i pobycie przez czas pewien w Szkole Sztuk Pięknych, udał się w r. 1856 na uniwersytet do Moskwy, który ze stopniem lekarza w r. 1861 ukończył; odbywszy podróż naukową po Europie osiadł stale w r. 1862 w Płońsku. Działalność ś. p. Jana była nader wielostronna: pomimo tego potrafił on w każdym z uprawianych przez się kierunków zająć wybitne stanowisko. Jako autor na polu lekarskiém pisał niewiele; z prac jego 3 zostały ogłoszone w Klinice i Medycynie; dwie zaś wypowiedzianemi były w postaci odczytów w Towarzystwie Lekarzy Płockich. Tak jak wszystkie prace ś. p. Jana, tak też i lekarskie odznaczały się głęboką znajomością przedmiotu, bystrym darem spostrzegawczym, a przedewszystkiém dowodziły, że autor długo się nad przedmiotem zastanawiał, badał go i porównywał, zanim cośkolwiek drukiem ogłosił. W roku 1881 ś. p. Jan wystąpił po raz pierwszy przed publicznością jako prelegent i od tego czasu prawie corocznie na katedrę wstępował, stając na wezwanie bądźto wydawców Pamiętnika Fizyjograficznego, bądź Osad Rolnych, na rzecz których i w r. 1888ym w poście miał również mieć odczyt. Jasność wykładu, piękny dar słowa, oraz ogromna masa faktów umiejętnie grupowanych, czyniła jego wykłady niesłychanie zajmującemi. Specyjaliści podziwiali ogromne oczytanie się prelegenta i sumienność, z jaką się na te wykłady przygotowywał; mniéj obznajmieni z przedmiotem ani razu nie opuścili sali, aby z niéj czegoś pożytecznego nie wynieść. Sama osobistość prelegenta niemało wpływała na powodzenie wygłaszanych odczytów, gdyż kraj cały znał już przedtém Jędrzejewicza jako zamiłowanego astronoma, założyciela obserwatoryjum astronomicznego w Płońsku, które od r. 1865 zaczęło systematycznie funkcyjonować. Jako współpracownik pism przyrodniczych Jędrzejewicz był nieocenionym; pisma: Przyroda i Przemysł, Wszechświat, Wędrowiec, a nawet Korespondent Płocki, zasilane były licznemi jego artykułami z zakresu meteorologii lub téż umieszczały jego zajmujące odczyty. W poważném od r. 1881 istniejącém wydawnictwie, jakiém jest „Pamiętnik Fizyjograficzny“ ś. p. Jędrzejewicz od pierwszego zaraz roku reprezentował dział meteorologii, podając rok rocznie szereg systematycznych spostrzeżeń. Że się niemało przyczynił do rozbudzenia w kraju zamiłowania do meteorologii, jestto fakt, któremu nikt nie zaprzeczy. Jedną z prac obszerniejszych, w któréj ś. p. Jan występuje jako autor poważniejszego pokroju, jest wydana nakładem Kasy Mianowskiego „Kosmografija.“ Dzieło w całém znaczeniu piękne i obszerne, odznaczające się zarówno jasnością jak i ścisłością wykładu. Nad dziełem tém autor lat dziesięć przeszło pracował. Trudno pojąć, jak w obec ciągłego przerzucania się z bryczki na bryczkę i bezsennych nieraz nocy przy chorych spędzanych, można było tyle prac dokonać, a zwłaszcza tak obszerne i wyborne napisać dzieło. Jakżeż sobie autor pod tym względem radził? Oto po zgromadzeniu odpowiedniego materyjału i ułożeniu planu całego dzieła, artykułu lub odczytu, przemyśliwał nad pojedynczemi jego częściami i rozdziałami; a myślał ciągle przeważnie jadąc do chorych lub budząc się nieraz wśród nocnéj ciszy. Mówił nam, że w ten sposób „pisze w myśli“ swój odczyt lub książkę i że przelanie tego na papier kosztuje go tylko tyle czasu, ile go na napisanie potrzeba. W ten sposób pamięć tak dalece sobie wyrobił, że nawet stylu poprawiać nie potrzebował, przepisując lub dyktując to, co miał już „w głowie napisane.“ Najulubieńszym jednak przedmiotem, nad którym z zapałem i narażeniem zdrowia pracował, była astronomija, a w szczególności rzecz o gwiazdach podwójnych i obliczaniu biegu komet. Są to prace wkraczające już ściśle w obręb specyjalny. A prace te były liczne i ogłaszane w kwartalniku Towarzystwa astronomicznego (*Vierteljahrschrift der Astronom Gesellschaft*), którego zmarły od r. 1878 był członkiem i w „Wiadomościach Astronomicznych“ w Kielu w języku francuskim ogłaszanych. Ostatniém polem działalności Jędrzejewicza w zakresie ulubionego przedmiotu były Werki pod Wilnem, dokąd uorganizował w r. z. własną wyprawę celem badania zjawisk zaćmieniu słońca towarzyszących. O ile na razie obliczyć mogliśmy, ilość prac ś. p. Jana w różnych działach wiedzy ogłaszanych wynosi, nie licząc odczytów, prac 38 [1]).

Częstokroć osobiste sympatyje i zasada *de mortuis aut nihil aut bonum* stają się powodem, iż niejedno wspomnienie pośmiertne ma nazbyt hyperboliczny nastrój; że piszący drugorzędnym zasługom zmarłego nadaje nieraz znaczenie wyjątkowe, jakiego one faktycznie nie mają, czyli, że je mimo-

[1]) Chcąc oddać hołd należny prawdziwéj zasłudze, podajemy nekrolog powyższy, zamieszczony w Nrze 52 *Medycyny*. Czynimy to z wiedzą redakcyi i za zezwoleniem autora, a przekonani, że życiorys napisany biegłém piórem kolegi, który znał bliżéj nieboszczyka, większą ma wartość, aniżeli chłodne zestawienie zasług na podstawie źródeł martwych. *Redakcyja.*

[1]) Podawanie ich tytułów uważamy za zbyteczne; znajdzie je czytelnik w wykazach pism, w których były umieszczane, oraz do r. 1883 w Słowniku Kośmińskiego.

woli przecenia. Nie trudno téż pojąć, gdy mowca stojący nad świeżo usypaną mogiłą drogiego mu przyjaciela poddaje się raczéj prądowi rozżalonego serca, aniżeli zimnéj rozwadze lub bezstronnemu sądowi. Te atoli względy we wspomnieniu pośmiertném ś. p. Jędrzejewicza nie mogą być brane w rachunek, bo cokolwiekbyśmy o jego zasługach dla nauki i społeczeństwa powiedzieli, nie powiemy za wiele! Zasługi te są jawne i tém większego nabierają blasku, gdy zważymy, że nieboszczyk własnéj tylko a niezmordowanéj pracy wszystko zawdzięczał. W uniwersytecie sam musiał o sobie myśleć, szczupłe zapasy, jakie z dawania lekcyj w Moskwie był w stanie zebrać, wyczerpały się całkowicie na wycieczkę naukową po Niemczech, Anglii i Francyi, tak, iż za przybyciem do kraju ś. p. Jan prócz gorącéj chęci do pracy i gruntownego przygotowania naukowego nie miał żadnych materyjalnych zasobów, gdy osiadł w Płońsku. Pomimo tego, iż był dopiero poczynającym lekarzem, potrafił sobie jednak w krótkim bardzo czasie zjednać nie tylko zasłużone uznanie, ale dobić się niezłego materyjalnego stanowiska. Kto ma pojęcie o praktyce prowincyjonalnéj, temu dobrze wiadomo, jak ciężko lekarz pracować musi jeżeli chce, aby mu starczyło jeszcze i na coś więcéj niż na kawałek chleba; dowodzić téż nie trzeba, iż nieboszczyk dnie i noce na bryczce przepędzać musiał. Jeżeli praca ś. p. Jana była niezmordowaną i wielką, większą musiała być jednak jego miłość nauki, skoro ciężką pracą zdobyty grosz na ufundowanie obserwatoryjum astronomicznego umiał wyłożyć. Tysiąc jeden za drugim szedł na zbudowanie wieży, na teleskopy i mnóstwo różnych narzędzi, a tak po upływie lat kilku powstało zaopatrzone we wszelkie potrzeby obserwatoryjum, w którém można było ścisłe obserwacyje astronomiczne wykonywać. Cały czas wolny od obowiązkowych lekarskich zajęć przesiadywał ś. p. Jan w swém obserwatoryjum, traktując zamiłowany przez się przedmiot nie jako dyletant, lecz jako prawdziwy badacz. To téż umiano go ocenić, a jego obserwatoryjum włączoném zostało wkrótce do sieci międzynarodowych obserwatoryjów, korzystających ze specyjalnych przywilejów. Tym sposobem za sprawą ś. p. Jana dowiedziała się zagranica, że i u nas ludzie prywatni potrafią nad nauką w sposób poważny pracować. Prócz medycyny, astronomii i meteorologii, które samoistnemi pracami wzbogacił, ś. p. Jan posiadał gruntowne i wszechstronne, a nawet i artystyczne wykształcenie. Rysunek nie był mu obcym, muzyki głębokim był znawcą i sam kilkoma instrumentami władał. Pomimo ogromu wiedzy w obejściu prosty i oryginalny, robił na każdym najsympatyczniejsze wrażenie. Chorzy mieli do niego nie tylko zaufanie bez granic, lecz poprostu przywiązywali się do „swego doktora,“ tyle miał taktu, słodyczy i cierpliwości w obejściu z nimi. Nic dziwnego, że gdy się na czas pewien przeprowadził do Sokołowa, wielu chorych z Płońska pomimo kilkunastomilowéj odległości do niego się o poradę zgłaszało. Niezmordowana działalność ś. p. Jana trwała lat 25. Niezbytto długi okres czasu, a jednak to, co zdziałał, mogłoby stanowić dowód pracowitości więcéj niż jednego daleko dłużéj żyjącego człowieka.

Jeźeli dla społeczeństw obfitujących w ludzi nauki i prawych obywateli śmierć podobnego ś. p. Janowi pracownika wielką stanowiłaby stratę, to dla naszego pod każdym względem ubogiego, stanowi ona stratę stokroć większą, niczém niepowetowaną.

Można się powstrzymać od łez w obec mogiły bodaj najbliższych nam osób, ale w obec mogiły człowieka, który swą pracą i przykładem drugich do czynu zachęcał, od łez głębokiego żalu powstrzymać się nie podobna.

Cześć świętéj a niewygasłéj pamięci Jana Jędrzejewicza! *Henryk Dobrzycki.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. H. Hartmann: **O przyczynie róży i gorączki połogowéj.**

Autor w pracy uwieńczonéj nagrodą Wydziału Lekarskiego w Mnichowie przedstawia wyniki swych badań, jak następuje:

1) Koki róży nie są rozsiedlone tak stale, jak dotąd przypuszczano. Wnikają one nie tylko w przestwory pomiędzy naczynia limfatyczne i w nie same, ale mogą się osiedlać także na błonach śluzowych górnéj części przewodu pokarmowego i w bł. śluzowéj narządu oddechania, a szerząc się tu drogą naczyń limfatycznych, są w stanie wypełnić obficie naczynia limfatyczne bł. śluzowéj i tkanki podśluzowéj. Tak samo zachowują się rzeczone grzybki na bł. śluzowéj części płciowych niewieścich, mianowicie u położnic kiedy także wnikać mogą przez otwarte naczynia krwionośne do obiegu krwi.

2) Ze stanowiska histologiczno-bakteryjologicznego można odróżnić postać róży powierzchownéj (skórnéj) i głębokiéj (*Erysipelas phlegmonosum* i *Erysipelas idiopathicum faciei*); obie postacie sprowadzają te same grzybki.

3) Mikrokoki róży mogą przedostać się do obiegu krwi; można je przeto stwierdzić nie tylko w naczyniach limfatycznych powłok powszechnych, ale także czasem w narządach wewnętrznych.

4) W niektórych przypadkach następuje w róży śmierć skutkiem ogólnego zakażenia jadem róży, a nie skutkiem działania ptomainów; w postaci mięszanéj może śmierć nastąpić w skutek jadu gnilnego.

5) Mikrokoki róży nie sprowadzają w tkance podskórnéj nigdy ropienia, ani też przerzutów w narządach wewnętrznych, tylko mogą wywołać w organach obfitujących w naczynia limfatyczne i w przyległych gruczołach limfatycznych sprawę ropnicową.

6) Pewne postacie gorączki połogowéj pozostają w ścisłym związku z zakażeniem róży bł. śluzowéj części płciowych i nie dają się odnieść do gnilnego zakażenia.

7) Róża okazuje wielką skłonność do wikłania się z innemi ostremi chorobami zakaźnemi. Tak w durze brzusznym następowe zapalenie skóry różycowe powstaje skutkiem mikrokoków róży Fehleisena. Tak samo w błonicy i płonicy powstaje czasem róża błon śluzowych w skutek dostania się do nich mikrokoków róży, poczém łatwo nastąpić może ogólne zakażenie i obrzmienie stawów.

8) Ilość przypadków róży zdaje się być większą aniżeli dotąd przypuszczano: zapalenie otrzewny przyrody różycowéj; wiele postaci gorączki połogowéj; róża wikłająca się często z błonicą i płonicą. (*Archiv f. Hygiene Band VII, Heft 2*). *Dr. Buszek.*

Okólnik Namiestnictwa w sprawie chowania zwłok Izraelitów.

Wysokie c. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 25 października 1887 l. 46285 oznajmiło Panom Starostom i Prezydentom miast Lwowa i Krakowa co następuje:

Okólnikiem tutejszym z 22 czerwca 1884 l. 23894 rozporządzono, że ciała zmarłych Izraelitów mają być z domu zaszłéj śmierci na cmentarz miejscowy przenoszone lub przewożone bezwarunkowo w trumnach szczelnie zamkniętych. Według

doniesienia kilku panów c. k. Starostów bywa przepis ten przez Izraelitów w ten sposób wykonywany, że przywożą zwłoki w trumnie zamkniętéj na cmentarz, tu je wyjmują i grzebią, zaś trumnę napowrót zabierają i do przewozu innych trupów używają. Że takie tłumaczenie powyższego okólnika jest zupełnie błędném, a celowi jego, aby przeszkodzić rozwlekania chorób epidemicznych i zakaźnych, wprost przeciwném, zatém nielegalném, wynika już z rzeczy saméj, a nadto z § 8 alin. 3 rozporządzenia ministeryjalnego z 3 maja 1874 Dz. u. p. Nr. 56, którém wyraźnie postanowiono, że trumien nie wolno otwierać nawet dla obmycia zwłok Izraelitów podług przepisów religijnych, tudzież z reskryptu ministeryjalnego z 14 czerwca 1882 l. 380, względnie z rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z d. 4 lipca 1882 l. 36806 Dz. u. k. Nr. 75, którém w punkcie 1ym i 3cim również zakazano otwierania trumny w domu śmierci zamkniętéj.

Celem położenia na przyszłość tamy mylnemu tłumaczeniu okólnika z 22 czerwca 1884 l. 23894, zaznacza więc c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z c. k. galic. kraj. Radą zdrowia wyraźnie, że ciała zmarłych Izraelitów na cmentarz w szczelnie zamkniętych trumnach przywiezione, bez wyjątku mają być razem z temi trumnami bez poprzedniego otwierania tychże zagrzebywane.

Przekroczenia tego przepisu karane będą według rozporządzenia ministeryjalnego z 30 września 1857 Dz. u. p. Nr. 198.

Prezydent m. Krakowa zawiadamia o tém Reprezentacyję Zboru izraelickiego celem wydania dozorowi cmentarza polecenia, aby się do niniejszego rozporządzenia ściśle stosował i dopilnowania, aby odtąd zwłoki zmarłych na miejscu śmierci w trumnach szczelnych składano, tych na cmentarzu celem obmycia z trumien wcale nie wydobywano, tylko je w trumnach grzebano.

Jednocześnie nadmienia się, że w razie dostrzeżenia przekroczenia niniejszego rozporządzenia, nietylko dozorca cmentarza izraelickiego ulegnie surowéj karze, ale i reprezentacyja Zboru izraelickiego ściągnie na siebie odpowiedzialność za niedopilnowanie wykonania tego rozporządzenia.

Równocześnie otrzymuje lekarz miejski i komisarz obwodowy polecenie, aby nad wykonaniem niniejszego rozporządzenia czuwali i o każdém wykroczeniu przeciwko niemu Magistratowi natychmiast donieśli.

* W Prusiech zdarzył się przypadek, że na receptę, opiewającą: *Hydr. chloral.* 5, *Aq. dest.* 100, aptekarz ekspedyjował: *Hydrarg. chlorat.* 5, *Aq. dest.* 100. Powinno to być przestrogą dla lekarzy, aby pisali *Chloralum hydratum* a nie *Hydras chlorali*.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 stycznia. W roku ubiegłym nauka poniosła dotkliwe straty przez śmierć zasłużonych lekarzy i badaczów. Zmarli interniści: Baumgartner, Burrows, Friedländer, Wilson Fox, Halla, Haller, Havas, Jaksch, Mering, Meyer, Moeller; chirurdzy: Gordon, Gosselin, Langenbeck, Quain, Teevan; okuliści: Arlt, Giraud-Teulon, Horner, Magni; ginekologowie: Brummerstädt, Gallard, Greenhalgh, Meadows, Nonat, Pritzl, Schröder, Streng, Thomas, Welzelow; pedyjatrzy: Bakody, Zit; laryngologowie: Brecker, Hack; psychiatrzy: Gray, Richarz; lekarze sądowi: Güntner, Hauska; higijeniści: Chadwick, Geigel, Liouville, Reclam; balneologowie: Polansky, Reumont, Rohden; lekarze wojskowi: Heidler, Macchiavelli, Malfatti, Weselsky, Wolseley; anatomowie: Bonamy, Dantscher, Ecker, Jansen, Langer, Lieberkühn, Pansch; fizyjologowie: Béclard, Miram, Watson; farmakolog: Schroff, patologowie: Aranyi, Dietl, Friedländer, Huber. Schott, Vulpian; chemicy: Boussingault i Mehu; fizycy: Fechner i Kirchhoff; botanik: Cieńkowski; nadto astronom-lekarz Oppolzer i podróżnik Passavant. Z lekarzy polskich zeszli ze świata: Antecki, Atlas, Bielczyk, Budzyński, Chałupczyński, Darewski, Holenderski, Jędrzejewicz, Jakubowski, Knothe, Kulczycki, Krzeczunowicz, Lewartowski, Przeździecki, Pilawski, Pasternacki, Pasiutowicz, Rojecki, Rutkowski, Ritter, Rubinstein, Sakowski, Schneider, Sperski, Savary, Zawadziński. Cześć ich pamięci!

* Doszedł nas Rocznik medycyny krajowéj wydany po raz 10ty staraniem i nakładem Dra J. Rogowicza, wiceprezesa Tow. lek. warszawskiego i b. redaktora *Medycyny*. Składa się, jak każdym razem, z dwóch części. Pierwsza zawiera Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1886; odtąd więc sprawozdania obejmować będą prace z całego roku kalendarzowego. Sprawozdanie tym razem jest obszerniejsze od poprzednich i rozpada się na 13 działów, opracowanych przez pp. Jakowskiego, Puławskiego, Chełchowskiego, Zawadzkiego, Szteynera, Rogowicza, Kamockiego, Trzcińskiego, Rybickiego i Markiewicza. Zawiera ono 209 prac, w streszczeniu podanych, (w porównaniu z 98 w roku przeszłym); z tych ogłoszonych było w *Gazecie Lekarskiéj* prac 89, w *Przeglądzie Lekarskim* 50, w *Medycynie* 28, w *Zdrowiu* 11, w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* 10, w *Wiadomościach Lekarskich* 8, w *Kronice Lekarskiéj* 6, w pismach Akademii 2, dzieł i rozpraw osobnych 4. Najwięcéj prac przypada na chirurgiję (40), następnie na medycynę wewnętrzną (36); z autorów najwięcéj prac pochodzi od Dra Szadka (6) i prof. Adamkiewicza (5). Część druga stanowi obszerny kalendarz lekarski, mieszczący w sobie terapiję ważniejszych chorób wewnętrznych, dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci, leki podskórnie stósowane i ich dawkowanie, ważniejsze zdrojowiska lecznicze, ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacyje klimatyczne, oraz spis lekarzy w Królestwie praktykujących.

* W Nrze 53 *Gazety Lekarskiéj* Dr. Jan Minkiewicz w Tyflisie, wielce zasłużony chirurg polski, w liście otwartym, wystósowanym do redakcyi, porusza myśl zestawienia statystyki chirurgicznéj polskiéj, któréj brak dotychczasowy staje się przyczyną, że autorowie polscy przytaczają w swoich pracach przypadki z praktyki cudzoziemskiéj, pomijając swojskie, o których nie wiedzą. List ten polecamy kolegom, nietylko chirurgom, którzy przedewszystkiém są powołani do urzeczywistnienia pięknéj myśli wnioskodawcy, ale wszystkim lekarzom polskim; z pisma bowiem tego zacnego kolegi wieje nietylko ciepło ożywcze, ale nadto gruntowna znajomość piśmiennictwa lekarskiego i stosunków lekarskich polskich, któréj koledze starszemu, zdala od kraju żyjącemu i pracującemu, pozazdrościć może wielu młodszych a w kraju żyjących. Pomiędzy innemi Dr. Minkiewicz uznaje zasługę Tow. lekarskiego krakowskiego i Dra Rogowicza, pierwszego z powodu podawania sprawozdań z prac polskich lekarskich do czasopism niemieckich, ostatniego z powodu wydawania Roczników medycyny polskiéj; sprostować tylko musimy twierdzenie czcigodnego autora, jakoby Tow. lek. krakowskie przed kilku laty chciało zaniechać téj pracy obywatelskiéj; my o tym zamiarze nic nie wiemy.

* Otrzymaliśmy 2gi zeszyt II tomu Sbornika lekarskiego (*Archives bohêmes de médecine*). Zawiera on 3 prace: jednę Dra Mareša z zakładu fizyjologicznego a dwie z zakładu niezmordowanego prof. Hlavy, opracowane przez asystentów jego Dra Obrzuta i Kilchera. Pierwsza, znana już czytelnikom naszym, traktuje o marskości wątroby, ostatnia o biojologii lasecznika durowego; do obydwóch dodane są piękne tablice. W końcu każdéj pracy znajduje się streszczenie w języku francuskim, skutkiem czego prace pobratymców naszych wejdą w szerokie koryto wiedzy powszechnéj. Wydawnictwo to przynosi zaszczyt młodéj szkole lekarskiéj czeskiéj. Inaczéj zapatruje się na rzecz *Berl. klin. Wochenschrift*, która w numerze noworocznym wbrew swemu zwyczajowi występuje zjadliwie przeciw temu wydawnictwu właśnie z powodu streszczeń w języku francuskim. Tygodnik berliński przypomina, że za Karola IV Praga była pierwszém miastem „niemieckiém", nazwaném przez cesarza *hortus deliciarum* i wbrew prawdzie twierdzi, że w cytatach nie ma ani jednéj pracy czeskiéj, że więc w obec „nadzwyczajnego znaczenia medycyny czeskiéj" archiw taki jest zbyteczny. Rzecz dziwna, gdy w przeszłym roku cały prawie zaszyt *Med. Jahrbücher* w Wiedniu wychodzących był zapełniony pracami lekarzy czeskich, miano to we Wiedniu w kołach lekarskich za złe nie sobie lecz Czechom, a teraz znów grzeszą Czesi, bo posługują się w streszczeniach językiem francuskim, który dziwnym sposobem nagle stał się tak niemiłym dla ucha niemieckiego, jakkolwiek w stolicy niemieckiéj po dziś dzień wyrazami francuskiemi posługują się chętnie nawet tam, gdzie tego wcale nie

zachodzi potrzeba. Jak nieuzasadnioną atoli była ironija tygodnika berlińskiego, dowodzi okoliczność, że mimo jego gniewu Niemcy poważni liczą się z pracami Czechów, skoro, jak zapewnić możemy, szukają sprawozdawców z prac Sbornika dla jednego z najbardziéj rozpowszechnionych Roczników swych.

* **Lwów.** Dr. Opolski prymaryjusz szpitala krajowego we Lwowie otrzymawszy w grudniu 1887 od wysokiego Wydziału krajowego remuneracyję w kwocie stu zł. w. a. przeznaczył i przesłał tę kwotę do funduszu żelaznego Towarzystwa lekarzy galicyjskich jako funduszu dla wdów i sierot po lekarzach.

* W Węgrzech zaprowadzono instytucyje lekarzy szkolnych, a więc wyprzedzono w téj mierze Przedlitawiję a nawet państwo niemieckie. Niestety instrukcyja wymaga od tych lekarzy tak wiele, że obawiać się należy, aby nie pozostała tylko na papierze, a jeżeli jest prawdą, jak twierdzi *Berl. klin. Woch.*. że urząd tych lekarzy ma być bezpłatnym, to łatwo przewidzieć, że praktycznéj doniosłości cała ustawa nie nabędzie.

* Na przedstawienie prof. Wölflera Sejm styryjski przeznaczył 2 stypendyja po 400 zla. dla dwóch elewów kliniki chirurgicznéj w Gracu, z warunkiem atoli, aby elewowie byli Styryjczykami, wykazali się z dyplomu doktorów wszech nauk lek. oraz aby po 2 letniéj służbie w klinice wykonywali praktykę w kraju przez 4 lata.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Dorpat.** Docent heidelberski Dr. Ernest Stadelmann mianowany został docentem kliniki propaideutycznéj. — **Petersburg.** Dr. Syrski habilitował się w Akademii wojskowéj lek. jako docent chorób skórnych. — Jako stypendyści rządowi wyjechali za granicę celem kształcenia się w medycynie wewnętrznéj Drowie Walther, Czystowicz i Burzyński.

Redakcyja otrzymała:

M. REJCHMANN: O wpływie środków gorzkich na czynność żołądka zdrowego i chorego. (Odbitka z *Gazety Lek.* 1887) in 8vo str. 8.

TENŻE: Badanie doświadczalne nad wpływem środków gorzkich na czynność żołądka zdrowego i chorego. (Odbitka?), in 8vo str. 16.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Z. w Poznaniu: Życzeniu szan. kolegi stanie się zadosyć. — **Prof. S. we Lwowie:** Rozprawę otrzymaliśmy i dziękujemy; odbitki w swoim czasie prześlemy. — **Dr. B. we Lwowie:** Obie rozprawy z podziękowaniem otrzymaliśmy a umieścimy je w kolei wskazanéj. Odbitki prześlemy po wydrukowaniu drugiéj rozprawy. — **Dr. B. w Sokalu:** Wnioski szan. kolegi przedłożymy Komisyi redakcyjnej a o uchwale nie omieszkamy Go zawiadomić.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 11go b. m. o godzinie 6éj **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Rok XXIII.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowéj i praktycznéj, wychodzić będzie w r. 1888 a 23im od założenia Gazety, według tego samego programu, jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiéj zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie **5 rubli**, półrocznie **2 rs. 50 kop.**, na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rocznie **6 rubli**, półrocznie **3 ruble.**

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. Wł. Gajkiewicz.** (Warszawa, Marszałkowska 115.)

Wydawca: **Dr. St. Kondratowicz.** (Warszawa, Marszałkowska 119.)

PRZEGLĄD WETERYNARSKI

Organ galicyjskiego Tow. weterynarskiego

CZASOPISMO

poświęcone weterynaryi i hodowli

wychodzi we Lwowie pod redakcyją Dra I. Szpilmana raz na miesiąc w objętości 1—1½ arkusza.

Warunki przedpłaty: w Państwie austryjackiém rocznie 3 złr., półrocznie 1 złr. 60 ct.; w Cesarstwie niemieckiém i W. ks. Poznańskiém rocznie 6 marek, półrocznie 3 marki; w Cesarstwie rosyjskiém i w Królestwie polskiém rocznie 3 rs. 50 kop., półrocznie 1 rs. 80 kop.; we Francyi i innych krajach rocznie 8 franków, półrocznie 4 franki.

Główny skład dla Rosyi i Królestwa polskiego w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Adres Redakcyi i Administracyi: we Lwowie, ul. Kochanowskiego l. 33 w c. k. Szkole weterynaryi.

EKSTRAKT SŁODOWY

wyrobu

I. TRĄBCZYŃSKIEGO

w WINIARACH pod KALISZEM

jako środek leczniczy w kaszlu i innych chorobach piersiowych, wypróbowany w swych skutkach przez lekarzy i chemików, na wystawach Przemysłowo-Rolniczéj Warszawskiéj i Krajowéj Krakowskiéj zaszczycony medalami, oraz na Wystawie higijenicznéj w Warszawie listem pochwalnym.

WODA BROMOWA

zalecona w dwóch gatunkach przez Świetne Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, na wniosek Komisyi dla przemysłu lekarskiego, w 1000 gram. (litrze) wody przesyconéj kwasem węglowym zawiera:

	I. (1·25% Br.) mocniejsza	II. (0·62% Br.) słabsza
Natrii bromati	5·00	2·50
Kalii bromati	5·00	2·50
Ammonii bromati	2·50	1·25
Natrii bicarbonici	0·60	1·00
Szklanka (250 grm.) zawiera	3·125 połączeń bromu	1·562 połączeń bromu.

Powszechnie z najlepszym skutkiem używana w kraju i za granicą w chorobach układu nerwowego.

Cena większéj flaszki 32 i 28 ct., mniejszéj flaszki 24 i 20 ct.

Fabryka gazowych wód leczniczych i higijenicznych.

K. RZĄCA i CHMURSKI

w Krakowie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.